

# **8º Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia**

Relatório de Estágio

## **Perspetiva das Mulheres sobre Violência Obstétrica no Trabalho de Parto: Competências do Enfermeiro Obstetra**

**Marilyn Raposo Lopes**

**Lisboa**  
**julho 2018**



# **8º Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia**

Relatório de Estágio


## **Perspetiva das Mulheres sobre Violência Obstétrica no Trabalho de Parto: Competências do Enfermeiro Obstetra**

**Marilyn Raposo Lopes**

Orientador: Isabel Serra

**Lisboa**  
**julho 2018**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Isabel Serra pelo incentivo e disponibilidade...

Aos Enfermeiros Orientadores pela partilha de conhecimentos e oportunidades  
de aprendizagem...

Aos meus amigos pelos momentos de distração, pelo carinho e dedicação e  
principalmente pela compreensão dos períodos de ausência...

Aos meus pais e irmão pelo apoio incondicional e pela motivação dada quando  
muitas vezes pensei em desistir...

Aos Enfermeiros da Ortopedia A, serviço no qual trabalho, pela ajuda e apoio  
prestado nestes dois últimos anos...

A todas as mulheres/RN/famílias que partilharam comigo momentos muito  
especiais...

Às minhas colegas do 8º CMESMO com as quais partilhei alegrias e tristezas...

**...sem vocês não seria possível a realização deste sonho...**

**...Obrigada!**

***“Para mudar o mundo há que mudar a forma de nascer”***

*Michel Odent*

## **LISTA DE SIGLAS**

ABCF – Auscultação dos batimentos cardio-fetais

ACOG – American College of Obstetricians and Gynecologists

APA – American Psychological Association

APDMGP – Associação Portuguesa dos Direitos das Mulheres na Gravidez e Parto

APEO – Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras

CPNP – Curso de Preparação para o Nascimento e Parentalidade

CTG – cardiotocografia

EC – Ensino Clínico

EEESMO – Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FAME – Federación de Asociaciones de Matronas de Espanha

ICM – International Confederation of Midwives

IG: Idade Gestacional

IO: Índice Obstétrico

OE – Ordem dos Enfermeiros

PP – Plano de Parto

RN – Recém – nascido

SP – Sala de Partos

SUOG – Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica

TP – Trabalho de Parto

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Primários

VO – Violência Obstétrica

WHO – World Health Organization

## **ABREVIATURAS**

Enf<sup>a</sup> – Enfermeira

p. – página

## RESUMO

Este Relatório surge no âmbito do Ensino Clínico (EC) referente ao meu percurso na Sala de Partos (SP) e Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica (SUOG), ao longo do qual, farei uma reflexão crítica dos objetivos delineados e das competências desenvolvidas e adquiridas na SP e SUOG.

Entre as competências desenvolvidas, aprofundei conhecimentos na prestação de cuidados de enfermagem especializados no âmbito da Violência Obstétrica (VO) no Trabalho de Parto (TP). A VO, é uma temática pertinente e atual que precisa cada vez mais ser abordada para se obter uma modificação de comportamentos e para que o TP seja um momento agradável. Esta modificação deve ocorrer de modo que a mulher/casal possam experienciar e vivenciar o parto como um evento seguro, livre de rotinas, que respeita a autonomia na escolha e os sentimentos da mulher/casal.

Escolhi como modelo conceitual, a teoria de Kristen Swanson, uma teoria baseada no Cuidar, por ser a teoria com que mais me identifico e porque considera o cliente como o que detém a capacidade para decidir o percurso do seu processo de cuidados, ou seja, permitir à mulher/casal ser protagonista do seu TP.

Foi realizada uma *Scoping Review* no sentido de mapear a evidência científica relevante para a problemática em estudo. A questão norteadora da *Scoping Review* foi: **“Quais as perspetivas das Mulheres sobre Violência Obstétrica no Trabalho de Parto?”**. Foram realizados Registos de Interação através de conversas informais com as mulheres e realizada observação na SP, sobre os quais foi efetuada uma reflexão e confrontação com os resultados da *Scoping Review*.

No decorrer da minha experiência neste EC e através da evidência científica, constatei que, a desinformação das mulheres torna-as mais vulneráveis a sofrer de VO, necessitando estas ser empoderadas para que possam conhecer e entender os seus direitos e reconhecer o que é desfavorável ao seu TP.

**Palavras – chave:** violência obstétrica, mulheres, trabalho de parto, sala de parto.

## ABSTRACT

This Report comes within the scope of Clinical Teaching regarding my course in the Delivery room and Obstetrical and Gynecological Emergency Service, during which I will make a critical reflection on the objectives outlined and the competences developed and acquired in Delivery room and Obstetrical and Gynecological Emergency Service.

Among the competences developed, I deepened knowledge in the provision of specialized nursing care in the scope of Obstetric Violence in Labor. The Obstetric Violence is a pertinent and current theme that needs to be increasingly addressed in order to obtain a modification of behaviors and for the Labor to be a pleasant moment. This modification must take place so that the woman/couple can experience childbirth as a safe event, free of routines, that respects the autonomy in the choice and the feelings of the woman/couple.

I chose as a conceptual model, Kristen Swanson's theory, a theory based on Care, for being the theory with which I most identify and because it considers the client as having the capacity to decide the course of his / her care process, or allowing women/couple to be protagonists of their Labor.

A Scoping Review was carried out in order to map the scientific evidence relevant to the problem under study. The guiding question of the Scoping Review was "What are the Women's Perspectives on Obstetric Violence in Labor?" Interaction records were made through informal conversations with women and observation was made in the Delivery room, on which a reflection and confrontation with the results of the Scoping Review was carried out.

In the course of my experience in this Clinical Teaching and through scientific evidence, I have found that women's misinformation makes them more vulnerable to suffering from Obstetric Violence, requiring them to be empowered so that they can know and understand their rights and recognize what is unfavorable to their Labor and Childbirth.

**Keywords:** *obstetric violence, women, labor, delivery room*



# ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....</b>	<b>15</b>
1.1. Violência Obstétrica no Trabalho de Parto .....	15
1.2. Plano de Parto como estratégia para minimizar casos de Violência Obstétrica no Trabalho de Parto .....	19
1.3. Modelo Teórico de Kristen Swanson no cuidar em Enfermagem .....	20
<b>2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS NO PROCESSO DE APRENDIZAGEM .....</b>	<b>22</b>
<b>3. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO .....</b>	<b>49</b>
3.1. Scoping Review .....	49
3.2. Discussão e análise dos resultados obtidos .....	51
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>60</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>62</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>72</b>
Anexo 1 – Infográfico da Violência Obstétrica	
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>74</b>
Apêndice 1 – Jornal de Aprendizagem I	
Apêndice 2 – Reflexão realizada no EC II (Puerpério)	
Apêndice 3 – Sessão de Formação no CPNP	
Apêndice 4 – Exemplar de Plano de Parto	
Apêndice 5 – Cartaz sobre a Violência Obstétrica	
Apêndice 6 – Sessão de Formação na UCSP	
Apêndice 7 – Planeamento da Sessão de Formação MAC	
Apêndice 8 – Sessão de Formação da MAC	
Apêndice 9 – Questionário de Avaliação da Formação	

Apêndice 10 – Poster sobre Violência Obstétrica no Trabalho de Parto apresentado no Congresso APEO

Apêndice 11 – Artigo Revista APEO

Apêndice 12 – Poster sobre Violência Obstétrica no Trabalho de Parto apresentado nas Jornadas da Maternidade Alfredo da Costa

Apêndice 13 - Jornal de Aprendizagem II

Apêndice 14 – Tabela Critérios de Inclusão/Exclusão

Apêndice 15 – Termos usados na pesquisa das diferentes bases de dados e conjugação dos descritores

Apêndice 16 - Fluxograma da seleção dos artigos

Apêndice 17 – Tabela de análise e apresentação dos artigos selecionados para a *Scoping Review*

Apêndice 18 – Registos de Interação + Observações

Apêndice 19 – Tabela da Análise de Conteúdo

## INTRODUÇÃO

Este Relatório foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), em contexto de SP e SUOG, num Hospital Perinatal Diferenciado da Região de Lisboa. Teve a duração total de 750 horas, sendo 500 horas de estágio, 25 horas de orientação tutorial com a Professora Isabel Serra e 225 horas de trabalho autónomo, tendo decorrido no período compreendido entre 26 de fevereiro e 13 de julho de 2018. De acordo com Carmo e Ferreira (1998, p. 154) o principal objetivo de um relatório “(...) é pôr em comum uma determinada acção do autor e partilhar um conjunto de informações por ele consideradas relevantes”.

Os objetivos para este EC foram ao encontro das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (EEESMO) descritas pela Ordem dos Enfermeiros (OE), assim como, as competências essenciais para o exercício básico da profissão de parteira descritas pela *International Confederation of Midwives* (ICM) e o Documento Orientador da Unidade Curricular Estágio com Relatório.

O objetivo geral deste EC é: Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados especializados à mulher/recém-nascido (RN)/família, no âmbito da SP durante os diferentes estádios do TP, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do RN na sua adaptação à vida extrauterina, assim como no SUOG, no âmbito pré-natal, em situações de abortamento/morte fetal e saúde/doença ginecológica. Para dar resposta ao objetivo geral, formularam-se os seguintes objetivos específicos:

- Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais, na prestação de cuidados especializados à mulher e família, durante o período pré-natal, em situações de abortamento/morte fetal e a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica no SUOG;
- Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na Sala de Partos, prestando cuidados especializados à mulher durante os diferentes estádios do TP (em partos eutócicos, distócicos e/ou com patologia

associada), efetuando o parto de forma segura no sentido de maximizar a saúde da mulher e RN;

- Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados ao RN saudável e de risco na sua adaptação à vida extra-uterina;
- Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais enquanto EEESMO, na prestação de cuidados de enfermagem especializados no âmbito da VO no TP.

A escolha deste tema, surge muito pela reflexão que faço na minha prática diária de cuidados, uma vez que me deparo muitas vezes com situações de desrespeito, não informação sobre a prestação de cuidados e falta de consentimento informado por parte de alguns profissionais de saúde. Ao ser abordada a temática da violência sobre a mulher, em sala de aula foi referenciado que “novas” mas “velhas” formas de violência estavam a surgir, nomeadamente a VO, que para mim era desconhecida e ao pesquisar sobre o mesmo despertou em mim interesse, curiosidade e vontade de trabalhar a temática, principalmente na perspetiva das mulheres, uma vez que verifiquei que, na literatura a VO é desconhecida para a maioria delas, daí ter surgido o interesse de como futura EEESMO, de informar as mulheres. Torna-se pertinente e emergente informar as mulheres sobre as práticas de VO no TP e dos direitos que esta possui; refletir sobre a formação dos profissionais de saúde, e encontrar estratégias para as práticas assistenciais, promovendo desta forma um parto humanizado, respeitoso e fisiológico.

Considero esta ser uma temática pertinente porque se verifica que, muitas mulheres sofrem restrições e imposições no momento do parto que causam desconforto e sofrimento, atos que são praticados por diversos profissionais de saúde, na maioria das vezes por rotina e a mulher muitas vezes não o percebe como tal. É preciso cada vez mais abordar o tema para que se opere uma modificação de pensamento e para que o TP seja um momento agradável, sem danos psicológicos e físicos. Esta modificação deve ocorrer de maneira que a mulher/casal possam experienciar e vivenciar o parto como um evento seguro e sem rotinas, onde não há lugar para a violência, que respeita a autonomia na escolha, o esclarecimento dos procedimentos e o

respeito pelos sentimentos e emoções da mulher/casal. Para Andrade & Aggio (2014, p. 3), “a mulher e o seu corpo têm sido vistos como uma máquina, onde o engenheiro é o profissional médico que detém todo o saber sobre ela (...) mudando o foco da mulher para o procedimento, deixando-as mais vulneráveis à violência (...)”.

Num estudo publicado, de Gradim, Rennó, Ribeiro, Pacheco & Salles (2017, p. 1299), “as mulheres vivenciam e relatam condições desfavoráveis e prejudiciais ao nascimento, mas não reconhecem esses fatores como violência”. Segundo o mesmo autor, torna-se evidente a necessidade de realizar novas pesquisas que demonstrem as diferentes perspetivas das mulheres e profissionais sobre a temática, no sentido de “melhorar o atendimento às mulheres no parto e implementar políticas públicas” (Gradim et al., 2017, p. 1306). O nosso objetivo como profissionais de saúde passa por garantir os direitos sexuais, reprodutivos e humanos das mulheres, permitindo-nos encontrar estratégias para enfrentar os problemas que muitas mulheres sofrem, que vão desde o desrespeito, humilhações até às diversas discriminações de ordem étnica, económica e social.

O EEESMO de acordo com a competência definida pela OE (2010, p. 5): “cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal”, ou seja, uma grávida/casal que tenha recebido orientações e aconselhamento adequados durante o período pré-natal, nomeadamente nos Cursos de Preparação para o Nascimento e Parentalidade (CPNP), chegam mais bem preparados ao hospital, tendo um melhor conhecimento sobre os seus direitos na assistência ao TP, parto e puerpério.

De acordo com a OE (2010, p. 5) o EEESMO, “promove o plano de parto, aconselha e apoia a mulher na decisão”, este ajuda a mulher/casal a organizar as suas ideias, a perceber o que acontece em cada fase do trabalho de parto, como poderá agir quando chegar o momento e desta forma poder prevenir a VO. Relativamente à promoção da saúde da mulher durante o TP e de acordo com a temática em estudo, o EEESMO “actua de acordo com o plano de parto estabelecido com a mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado”, “garante um ambiente seguro durante o trabalho de parto e parto” e “concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher” (OE, 2010, p. 6).

O papel do EEESMO é fundamental para a prevenção de VO no TP. Segundo o ICM (2014 p. 2), no documento do “Código Deontológico Internacional para Matronas”, as parteiras “devem responder às necessidades psicológicas, físicas, emocionais e espirituais das mulheres que pedem assistência hospitalar, sejam quais forem as circunstâncias (não devem ser discriminadas)” e “as parteiras compreendem as consequências adversas que a violação dos direitos éticos e humanos tem sobre a saúde das mulheres e das crianças, e trabalham para acabar com essa violação” (ICM, 2014, p. 3).

Implícito à realização deste relatório está um referencial teórico de enfermagem, que permite orientar a prática de enfermagem e aprofundar os conhecimentos. Como referencial teórico, usei a teoria de médio alcance de Kristen Swanson (1991) que se centra na relação com o outro, na valorização das suas crenças e nas capacidades que detém para ultrapassar as adversidades, onde o cuidar é uma forma de se relacionar, crescendo com o outro significativo, com o qual nos sentimos pessoalmente envolvidos e responsáveis. Esta teoria assenta em cinco processos de cuidar que se interrelacionam: conhecer; estar com; fazer por; possibilitar e manter a crença.

Como ponto de partida para a identificação da evidência científica sobre a temática escolhida, realizei uma *Scoping Review* com base na questão construída segundo a mnemónica PCC da *Joanna Briggs Institute (JBI)* (2015): “Quais as perspetivas das Mulheres sobre Violência Obstétrica no Trabalho de Parto?”, em que a **(P)opulação** são as mulheres, o **(C)onceito** é a Violência Obstétrica no Trabalho de Parto e o **(C)ontexto** é a Sala de Partos.

Estruturalmente, este trabalho encontra-se organizado em 3 capítulos. No primeiro capítulo, será realizado um enquadramento teórico que fundamente o relatório com uma breve abordagem ao modelo teórico de Kristen Swanson, que servirá de referência ao estudo. No segundo capítulo, farei uma descrição e análise das atividades desenvolvidas de acordo com os objetivos delineados e no último capítulo será feito o enquadramento metodológico. O trabalho apresenta ainda uma Introdução, Considerações Finais e no final, encontram-se as Referências Bibliográficas que serviram de suporte teórico à realização do mesmo. A norma utilizada foi a norma APA, de acordo com o guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos da ESEL.

## 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo, serão abordados temas como VO no TP e Plano de Parto (PP) (como estratégia para minimizar os casos de VO), assim como o modelo teórico de Kristen Swanson. Segundo Fortin (2009), esta etapa permite ao investigador “documentar-se sobre o assunto que pretende estudar, aprofundando os seus conhecimentos, de modo a poder realizar o trabalho a que se propôs, fundamentando-o teoricamente”.

### 1.1. Violência Obstétrica no Trabalho de Parto

O conceito de TP definido por Graça (2010, p. 320) diz respeito ao “conjunto de fenómenos fisiológicos que uma vez postos em marcha conduzem à dilatação do colo uterino, à progressão do feto através do canal de parto e à sua expulsão para o exterior”. O TP divide-se em 4 estádios segundo Lowdermilk & Perry (2006, p. 346), em que o 1º estágio decorre desde o início da dilatação até à dilatação completa do colo do útero; o 2º estágio corresponde ao nascimento do feto; o 3º estágio diz respeito à dequitação (expulsão da placenta) e o último estágio corresponde às primeiras 2h após o parto, ou seja, o puerpério imediato.

Segundo a WHO (2002, p. 5), Violência é definida como o “uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação”. Já a violência contra a mulher é definida como “qualquer ato ou conduta baseada no género, causando morte, dano ou sofrimento de ordem física, sexual ou psicológico à mulher” (*Un Women*, 2013, p. 34). A violência contra as mulheres pode revelar-se de diferentes maneiras, sendo uma delas a VO.

Entende-se por VO “o tipo de violência exercida pelo profissional de saúde sobre o corpo e os processos reprodutivos das mulheres” (Belli, 2013, p. 29). Para o mesmo autor, a VO “constitui uma violação aos Direitos Humanos” (p.30). Conforme o artigo 6 da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, “qualquer intervenção médica de carácter preventivo, diagnóstico ou terapêutico só deve ser realizada com consentimento prévio, livre e esclarecido da pessoa em causa, com base em informação adequada” e o artigo 8 “os indivíduos e grupos particularmente vulneráveis devem ser protegidos, e deve

ser respeitada a integridade pessoal dos indivíduos em causa” (UNESCO, 2006, sp). Segundo a Convenção Europeia dos Direitos do Homem (2010, p. 7), no artigo 3 “ninguém pode ser submetido (...) a tratamentos desumanos ou degradantes”. Assim, o nosso papel como EEESMO é o de “salvaguardar os direitos humanos em todo o tempo e em todas as situações” (segundo International Council of Nurses citado por Nunes, 2013, p. 6).

Para a Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto (APDMGP, 2015), todas as mulheres têm o direito a: serem bem tratadas e estarem fora de perigo; privacidade e confidencialidade; serem tratadas com dignidade e respeito; igualdade no tratamento que recebem e a não serem discriminadas; serviços de saúde e à liberdade; autonomia e liberdade de coação; informação, consentimento informado e respeito pelas suas escolhas e preferências, o que vai de encontro ao que diz a Lei n.º 15/2014 (2014, p. 2128), nos artigos nº3 (direito ao consentimento informado livre e esclarecido) e nº7 (direito à informação).

Em países como a Argentina e Venezuela, o conceito de VO já se encontra na legislação, como uma das formas de violência contra a mulher. Em Portugal, foi apresentado em maio 2018 um Projeto de Lei n.º 872/XIII/3.<sup>a</sup> – Regime de proteção na pré conceção, na procriação medicamente assistida, na gravidez, no parto, no nascimento e no puerpério, pendente ainda de ser aprovado e que pretende reforçar a humanização do processo de gravidez e parto e garantir os direitos das mulheres.

A APDMGP (2015) considera a VO como,

“a violência institucional exercida sobre as mulheres no contexto da assistência à gravidez, parto e pós-parto. Inclui: recusa de tratamento, negligência em relação às necessidades e dor da mulher, humilhações verbais, violência física, práticas invasivas, uso desnecessário de medicação, intervenções médicas forçadas e não consentidas, desumanização ou tratamento rude”.

No TP verifica-se que, a VO pode mostrar-se de diferentes formas, indo desde a não explicação e solicitação de consentimento para a realização de procedimentos, até à humilhação profunda, abusos verbais, falta de confidencialidade e privacidade, violência física, cuidado negligente durante o



parto (WHO, 2014, p. 1). Segundo Machado (2014, sp), pode haver VO “em todas as técnicas aplicadas no parto e no corpo das mulheres, as quais são levadas a cabo de forma rotineira sem respeitar a singularidade de cada processo”.

Segundo Rohde (2016, p. 4), cada vez mais há recorrentes abusos e maus tratos às mulheres/casais no parto, além do excesso de medicalização, que pode ser classificado como VO. “A violência obstétrica pode ser de carácter físico, psicológico e sexual e inclui também o excesso de procedimentos e intervenções bem como o desrespeito à liberdade de escolha e consentimento informado das mulheres” (Rohde, 2016, p. 4).

Para Garcia (2015, p. 8), a VO pode dividir-se em: “violência obstétrica **física** (compreende técnicas invasivas e administração de medicação sem nenhum tipo de justificação) e violência obstétrica **psicológica** (inclui discriminação, humilhação, insultos, omissão de informação, etc...)”.

O fato de se realizar um parto em ambiente hospitalar, associada à tecnologia existente nos cuidados em saúde, poderá contribuir para acentuar a medicalização do parto, onde a escolha “passa a ser da responsabilidade exclusiva do médico, a despeito do desejo das mulheres, que perdem a sua privacidade e autonomia” (Oliveira & Penna, 2017, p. 2).

A VO praticada pelos profissionais de saúde e consentida por mulheres em TP, deve-se a diversos fatores como: as mulheres desconhecerem o processo fisiológico e práticas de assistência durante o trabalho de parto e parto; e pelo fato de acreditarem que os profissionais de saúde são os detentores dos conhecimentos naquela situação (Wolff & Waldow, 2008, p. 150).

As mulheres/casais muitas vezes permanecem em silêncio frente a fatos violentos, porque se sentem intimidadas e com medo do que poderia acontecer se manifestassem a sua opinião em relação ao que sentem e vivenciam. Para Aguiar & D’Oliveira (2011, p. 83),

“na maternidade, estas mulheres experimentam sentimentos distintos e, por vezes, até contraditórios, como: a felicidade pela chegada do bebê e o medo de morrer; o desejo de cuidar do filho, mas também o de ser cuidada pela equipe; a confiança no hospital como o lugar mais seguro

para se ter um filho, e a desconfiança de que se é maltratada impunemente nas maternidades públicas”.

Em 2014, foi emitida pela WHO uma declaração intitulada: “Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus tratos durante o parto em instituições de saúde”, onde afirma que “toda a mulher tem direito ao melhor padrão atingível de saúde, o qual inclui o direito a um cuidado de saúde digno e respeitoso” (WHO, 2014, p. 1), no sentido de promover uma assistência obstétrica humanizada e por conseguinte um parto respeitado.

Nessa declaração foram estabelecidas algumas medidas no sentido de cessar o desrespeito e abuso contra as mulheres durante o parto, nomeadamente: maior apoio dos governos para a pesquisa e ação contra o desrespeito e maus-tratos; apoiar e manter programas para melhorar a qualidade dos cuidados em saúde materna, com forte enfoque no cuidado respeitoso; dar ênfase aos direitos das mulheres a uma assistência digna e respeitosa durante toda a gravidez e parto; envolver todos os interessados no sentido de melhorar a qualidade da assistência e eliminar o desrespeito e práticas abusivas; proceder à responsabilização ou apoio dos profissionais de acordo com os dados produzidos relativos às práticas respeitosas e desrespeitosas nos cuidados de saúde (WHO, 2014, p. 2 e 3).

O TP é um processo fisiológico que requer um cuidado humanizado e individualizado, permitindo à mulher que ela expresse os seus sentimentos e necessidades, ou seja,

“é fazer com que o momento do parto, geralmente objeto de medo e tensões, siga a ordem natural das coisas, obedecendo ao ritmo e às necessidades específicas do corpo de cada parturiente, com os profissionais de saúde interferindo o mínimo possível no processo do nascimento” (Dias, Silva, Pereira, Pereira, Azevedo & Gomes, 2015, p.2).

Os PP na maioria das vezes não são respeitados. A sua realização pode ajudar a mulher a tomar decisões no momento do parto e a lutar pelos seus direitos, podendo expor as suas expectativas, procedimentos e intervenções que deseja e quais as que não aceita. Segundo a APDMGP (2015a), o PP “regista as preferências da grávida para o trabalho de parto, parto e pós-parto”.

Este deve ser claro e conciso e conter a informação que a grávida/casal considerarem relevantes.

## **1.2. Plano de Parto como estratégia para minimizar casos de Violência Obstétrica no Trabalho de Parto**

O 1º conceito de PP surgiu por Sheila Kitzinger em 1980, nos Estados Unidos (Barros, Lipinski, Sehnem, Rodrigues & Zambiasi, 2017, p. 70), tendo sido utilizado para exigir um parto menos intervencionista. Para os mesmos autores, o PP é "um documento escrito, de caráter legal, em que a gestante, após informações acerca das boas práticas de atenção ao parto, pode descrever suas expectativas e desejos para vivência deste momento, desde que este transcorra em condições normais" (Barros et al., 2017, p. 70).

Outros autores como Silva, Silva, Souza e Oliveira (2015, p. 10), consideram importante “aumentar a divulgação do Plano de Parto durante o período pré-natal, realizando sessões de educação para a saúde acerca da temática”. No período pré-natal existe uma grande expectativa, vulnerabilidade e alguns receios por parte da mulher/casal, daí ser importante dispor de orientação e informação nesse período baseada em evidência científica, permitindo à mulher ser protagonista na sua gravidez, parto e puerpério, assim como aumenta a satisfação da mulher/casal, sentindo-se envolvidos nas tomadas de decisão.

O EEESMO tem um papel preponderante na construção do PP uma vez que informa, orienta e “promove o plano de parto, aconselha e apoia a mulher na decisão” (OE, 2010, p. 5). Silva et al. (2015, p. 10), consideram que “os profissionais de saúde devem examinar o Plano de Parto com a grávida, promovendo assim a comunicação com a mesma contribuindo para a sua autonomia e tomada de decisão no processo de parto e nascimento”.

Tesser, Knobel, Andrezzo & Diniz (2015, p. 7) consideram que, a elaboração do PP permite à mulher “refletir sobre práticas benéficas e danosas e sobre seus direitos durante o processo de parturição (...) expressar seus valores pessoais, medos e necessidades (...) e facilita a comunicação dessas preferências aos profissionais”. Em Portugal, o PP é um instrumento recomendado pela OE (2012), uma vez que, através deste são salvaguardadas

as opções do casal relativamente ao processo de parto, sendo “fundamental que seja elaborado com o apoio do EEESMO” (OE, 2012).

Para Cortés, Barranco, Jordana & Roche (2015, p. 521) são inúmeras as vantagens do PP, entre as quais se destacam: auxilia na comunicação entre a grávida/casal e os profissionais de saúde; permite ao casal emponderar-se de informações pertinentes e diminui os medos da mulher/casal devido à informação proporcionada. Já Tesser et al. (2015, p. 7) apontam como vantagens: identifica as preferências das mulheres e permite um maior controle durante o parto; permite uma reflexão dos profissionais sobre a realidade da assistência ao parto, o que pode levar a mudanças de comportamento; as mulheres uma vez informadas sobre possíveis alternativas e direitos, podem lutar por uma assistência obstétrica respeitosa e humanizada. Como desvantagens, os autores apontam para o aumento de conflitos entre as mulheres e a equipa assim como, o aumento da insatisfação das mulheres ao não conseguirem ter a assistência ou o parto que planearam (Tesser et al., 2015, p. 7).

### **1.3. Modelo Teórico de Kristen Swanson no cuidar em Enfermagem**

Uma teoria corresponde a “um conjunto de conceitos, articulados entre si, capazes de orientar a prática, sendo que uma teoria de enfermagem pode ser definida como um conjunto de conceitos que provêm de modelos de enfermagem, ou metaparadigmas” (Tomey & Alligood, 2004).

Para o desenvolvimento das competências específicas do EEESMO, é importante escolher um referencial teórico baseado num modelo de Enfermagem, de modo a permitir um conhecimento mais profundo e fundamentado, contribuindo para uma excelência no cuidar. O modelo teórico que irá ser referência neste Relatório será o de Kristen Swanson, onde os cuidados são desenvolvidos através dos seus processos de cuidar: “manter a crença”, “estar com”, “possibilitar”, “fazer por” e “conhecer” (Swanson, 1993, p. 355) sendo os principais pressupostos desta teoria: Enfermagem, Pessoa, Saúde e Ambiente.

Esta teoria permite que, o cliente como ser único que é, decida o seu percurso no processo de cuidados, decida quais os procedimentos que devem

ou não ser realizados (recorrendo para tal, aos PP), que saiba quais são os seus direitos e que estes sejam respeitados no sentido de um parto normal e fisiológico, livre de Violência. Pretende-se não só cuidar de mulheres que possam ter sofrido algum tipo de VO no TP atualmente ou em experiências anteriores, como também conhecer as perspectivas das mesmas sobre esta temática.

Para Swanson (1993, p. 354), “cuidar é uma forma de se relacionar, crescendo com o outro significativo, com quem nos sentimos pessoalmente envolvidos e responsáveis”. Esta teoria defende a prestação de cuidados de enfermagem que promovam a dignidade, respeito e capacitação da parturiente, dando valor ao cuidado informado para alcançar o bem-estar (Swanson, 1993).

Os processos do cuidar segundo Swanson (1993, p. 355) são: “**manter a crença**”, acreditar no outro de modo a ajudá-lo a ultrapassar um acontecimento e enfrentar o futuro de forma significativa; “**conhecer**”, compreender o significado que determinado acontecimento tem na vida do outro, evitando suposições acerca do significado do acontecimento, centrando-se na pessoa de quem se cuida; “**estar com**”, é estar disponível e emocionalmente presente para o outro, transmitindo disponibilidade e partilhando sentimentos sem sobrecarregar a pessoa a ser cuidada; “**fazer por**”, fazer pelo outro e o que este faria caso lhe fosse possível, por meio de uma atitude de proteção e conforto, respeitando a dignidade e o bem-estar do outro; “**possibilitar**”, facilitar a passagem pelas transições da vida e de acontecimentos desconhecidos, fornecendo-lhes informações e explicações, validando sentimentos e prestando apoio emocional.

À luz desta teoria, a VO no TP pode traduzir-se num cuidado que implica o conhecer a grávida/casal, e estabelecer com eles uma relação de confiança, de modo a perceber quais são os seus conhecimentos sobre o conceito, de modo a promover o PP como uma estratégia para a minimização da VO. Assim, é fundamental que o EEESMO procure proporcionar a possibilidade de uma experiência positiva de parto, mantendo as suas crenças e valores. Este processo implica estar com a grávida/casal desde a vigilância pré-natal, ao longo de todo o TP, Parto e Pós-parto. É fundamental que o EEESMO apoie e procure fazer pela grávida o que for da sua vontade.

## **2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS NO PROCESSO DE APRENDIZAGEM**

Neste capítulo, será feita uma reflexão e análise do percurso de aprendizagem com a descrição das diversas competências que foram adquiridas e dos objetivos que foram delineados, que contribuíram em muito para o meu processo de aprendizagem enquanto futura EEESMO.

**Desenvolver competências técnicas, científicas, relacionais, na prestação de cuidados especializados à mulher e família, durante o período pré-natal, em situações de abortamento/morte fetal e a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica no SUOG**

A minha passagem pelo SUOG foi de apenas 2 turnos, devido à necessidade de priorizar o tempo de EC, uma vez que só atingi o número de partos preconizados praticamente no final do mesmo. E embora não tenha sido possível desenvolver mais autonomia nesta área como seria desejado, estes turnos foram aproveitados ao máximo e permitiram perceber a dinâmica e as intervenções específicas do EEESMO em contexto de triagem. Permitiu não só observar a atuação e conduta do EEESMO no SUOG, como também colaborar e prestar cuidados de enfermagem especializados.

No SUOG tive oportunidade de realizar uma observação participada na triagem, tendo sido possível realizar observação física da grávida; manobras de Leopold; avaliação do bem-estar materno fetal através da auscultação dos batimentos cardio-fetais (ABCF) e da realização do registo cardiotocográfico (CTG); avaliação dos sinais vitais e consulta do Boletim de Saúde da Grávida.

Prestei cuidados a grávidas com desconfortos associados à gravidez, nomeadamente náuseas e vômitos, grávidas em início de TP, avaliando o estágio do TP em que se encontravam e avaliando o bem-estar materno fetal, assim como uma mulher em situação de abortamento, um caso de mola hidatiforme, situações de abscesso da Glândula de Bartholin e infeções por fungos.

À grávida com desconfortos associados à gravidez, considerei oportuno realizar uma sessão de educação para a saúde sobre como minimizar esses mesmos desconfortos, uma vez que o EEESMO tem um papel fundamental na

educação para a saúde, já que a maioria das mulheres recorre ao SUOG, não só por uma situação patológica, mas também porque necessitam de esclarecimentos relativos à sua saúde. Segundo Figueiredo, Neto & Leite (2012, p. 326), “é importante que as práticas educativas em saúde sejam realizadas para a população em geral, com vistas à promoção de saúde, e não centrada na doença”. Mostrei sempre ao longo do EC disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas.

Considero que num SUOG é de extrema importância o estabelecer uma relação de confiança com a mulher e família, uma vez que pode ser o primeiro contato da mulher com um hospital, o que vai gerar nela grande ansiedade. No entanto, o estabelecer uma relação de confiança torna-se difícil dado o curto período de contato da mulher e família com o profissional de saúde. Para Hesbeen (2000, p. 105),

“tecer laços de confiança com uma pessoa que acaba de ser admitida no hospital (...) precisa de um processo particular impregnado de (...) pequenas coisas que constituem os cuidados de enfermagem (...) que permite diminuir a ansiedade associada a um ambiente que não se conhece ou a uma situação inquietante.”

Portanto, procurei mostrar disponibilidade, segurança, respeitar a sua privacidade, proporcionar um tratamento digno, de proximidade e de carinho, empatia, informando-a acerca da sua situação, explicando os procedimentos a realizar e esclarecendo dúvidas.

Os cuidados individualizados e especializados prestados a estas grávidas/casais tiveram sempre como norteadores da prática de cuidados, os pressupostos da Teoria de Swanson, estar com e fazer por estiveram presentes durante a realização de vários procedimentos como as manobras de Leopold, colocação do CTG, avaliação dos sinais vitais, a realização do toque vaginal para avaliação do colo uterino.

Nas mulheres com que me deparei no SUOG, em fase inicial de TP, foi realizado o toque vaginal, sempre com o consentimento prévio da mulher, com o objetivo de avaliar a dilatação e apagamento do colo uterino, descida da apresentação, assim como o estado das membranas e características do líquido amniótico, caso se verificasse rotura da bolsa amniótica.

Tive a oportunidade também de realizar o acompanhamento e transferência de uma grávida para a SP em fase ativa de TP, no entanto, antes da sua transferência incentivei a grávida a tomar um duche de água quente, durante o tempo que quisesse e se sentisse confortável, como corrobora Silva, Ramos, Jordão, Silva, Carvalho & Costa (2013, p. 4163), “a cliente é encorajada a permanecer na banheira ou no chuveiro enquanto quiser e estiver confortável”. Encorajei a grávida a ir ao duche, não só pelo fato de que iria sentir alívio da dor, assim como facilitaria a evolução do TP produzindo alterações no colo uterino. Para Ricci (2008), “as contrações são menos dolorosas na água aquecida, uma vez que o calor e a flutuação na água provocam um efeito relaxante”. Gallo, Santana, Marcolin, Ferreira, Duarte & Quintana (2011, p. 43) consideram que a “água aquecida induz a vasodilatação periférica e redistribuição do fluxo sanguíneo, promovendo relaxamento muscular.”

Os métodos não farmacológicos de alívio da dor, são incentivados pela WHO nas suas recomendações para o atendimento ao parto normal que os classifica como "condutas que são claramente úteis e que deveriam ser encorajadas" (2018). Para Lowdermilk & Perry (2006, p. 363), o “duche com água quente é uma medida não farmacológica que pode ser utilizada para aumentar o conforto e o relaxamento durante o trabalho de parto”. Para os mesmos autores, verifica-se que “a dilatação do colo em 2 a 3 cm se processa em 30 minutos com a hidroterapia” (Lowdermilk & Perry, 2006, p. 363).

Outra situação marcante vivenciada, foi a de uma grávida com 20s de gestação que recorreu ao SUOG por perdas hemáticas em moderada quantidade. Após realizar a colheita de dados, avaliação dos sinais vitais e respetivos registos no computador, peço à grávida para mostrar a quantidade de sangue perdida, que era significativa. Procedo posteriormente à ABCF e à realização do tocograma. Aquando da observação obstétrica, deparo-me com colo com 3 cm de dilatação e a bolsa amniótica insinuada, chegando à conclusão que esta mulher se encontrava em situação de abortamento.

Sendo um momento tão marcante na vida de uma mulher/casal, dirijo-me à sala de espera e peço ao marido para entrar, para lhe ser comunicada a notícia e para proporcionar um momento de privacidade ao casal. De acordo com Pereira, Fortes & Mendes (2013, p. 228), a comunicação de más notícias



em saúde, “continua a ser uma área cinzenta de grande dificuldade na relação paciente/família/profissional de saúde, constituindo-se numa das problemáticas mais difíceis e complexas no contexto das relações interpessoais”.

Eu como futura EEESMO, considero não estar bem preparada para enfrentar estas situações. Para Haddad (2010), o EEESMO deverá “contribuir como um agente facilitador de expressões maternas respeitando os momentos de discurso e de silêncio, permitindo o choro, entendendo-o como forma de extravasar a dor”, por isso considero que, foi fundamental ter estado com aquele casal, promovendo uma escuta ativa e respeitando aquele momento a dois.

Silva, Trevisan, Lorenzini, Pruss, Strapasson & Bonilha (2015, p. 457), preconizam que no atendimento a essas mulheres “os profissionais promovam uma escuta qualificada, pois o abortamento é considerado como uma situação de enfrentamento na qual os diversos sentimentos vivenciados expõem a mulher a um momento de fragilidade pessoal”. Segundo os mesmos autores, aconselha-se “a adoção de abordagens comunicativas que respeitem a autonomia das mulheres e seu poder de decisão, procurando estabelecer uma relação de confiança” (Silva et al., 2015, p. 457).

No final de mais um turno no SUOG deparei-me com uma situação de uma mulher de 40 anos que diz estar grávida, que chega à triagem com uma ecografia e uma carta do seu médico. Ao ler a mesma deparei-me com um caso de mola hidatiforme. Segundo a mesma “encontra-se muito feliz com a gravidez, não estava à espera nesta idade mas que é muito bem vindo” (sic). E o que dizer àquela mulher que veio com tantas ilusões? Nesse momento fiquei sem palavras e não consegui mais reagir. De repente, enquanto a minha orientadora de EC começa a falar com a mulher, dou por mim a agarrar na mão dela, ou seja a fazer por ela aquilo que gostaria que a mim me fizessem. Senti que era o momento exato de o fazer pois já caíam lágrimas do seu rosto. Considero que, o toque não só lhe transmitiu conforto, como lhe comunicou que não está sozinha naquele momento difícil. Sousa (2014, p. 23) identificou diferentes medidas de conforto: o carinho, olhar, comunicação, presença de pessoas significativas, assim como o toque. O toque é um meio de comunicação não-verbal e “deve estar presente em toda assistência, não deve ser condicionado à realização de procedimentos técnicos científicos e deve ter

a finalidade de demonstrar carinho, empatia, segurança e proximidade em relação ao sujeito” (Ramos & Bortagarai, 2012, sp).

Andrade (2009, p. 94) considera a mola hidatiforme (MH) “uma complicação relativamente infrequente da gravidez, mas com potencial para evolução para formas que necessitam de tratamento sistêmico e podem ser ameaçadoras da vida”. A MH está incluída num grupo conhecido por Doença Trofoblástica Gestacional, que compreende as formas malignas como a neoplasia trofoblástica gestacional, o coriocarcinoma e o tumor trofoblástico de leito placentário (Andrade, 2009, p. 95).

Durante a minha passagem no SUOG, colaborei com duas mulheres com afeções vulvovaginais, nomeadamente com abscesso da Glândula de Bartholin, tendo realizado a sua transferência para o Bloco Operatório para drenagem e marsupialização do mesmo. Segundo Campos, Marques & Soares (2018, p. 266), “estima-se que 2% das mulheres desenvolvam quistos e/ou abscessos da glândula de Bartholin alguma vez na vida”. Tive oportunidade de ver a técnica de marsupialização, que consiste em realizar uma pequena incisão de 1,5 a 3cm sobre o abscesso, para permitir drenagem de secreções da glândula. Após a drenagem, sutura-se a cápsula do cisto com as bordas fixadas em seu exterior, para evitar o fechamento e a formação de novo cisto (Speck, Boechat, Santos, Mouzinho & Ribalta, 2016, p. 26).

Foi também realizada educação para a saúde a uma mulher com candidíase vaginal, orientando a mulher para a adoção de estilos de vida saudáveis, nomeadamente: cuidados a ter, saber reconhecer os sinais e sintomas e hábitos de higiene adequados. Segundo Júnior, Grigoletto & Fregonezi (2011, p. 90) a candidíase “é definida como uma infecção da mucosa genital, que envolve principalmente vulva e vagina, em decorrência de leveduras”. Aproveitei também o momento para proceder à informação sobre os rastreios do cancro do colo do útero e cancro da mama e a importância da realização do auto-exame da mama, promovendo a continuidade dos cuidados. Segundo o ICM (2013, p. 6), “as parteiras ministram educação para a saúde de elevada qualidade e culturalmente sensível e serviços para todos no seio da comunidade a fim de promover uma vida familiar saudável”.

Com este objetivo, consegui adquirir as competências específicas do EEESMO, “cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal” e “cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica no sentido de potenciar a saúde” (OE, 2010, p. 8).

**Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na Sala de Partos, prestando cuidados especializados à mulher durante os diferentes estádios do TP (em partos eutócicos, distócicos e/ou com patologia associada), efetuando o parto de forma segura no sentido de maximizar a saúde da mulher e RN**

O EEESMO é o profissional que “cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efectuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extra-uterina” (OE, 2010, p. 6). Neste objetivo e por fazer mais sentido, optei por realizar uma análise crítica e reflexiva falando de cada estágio do TP separadamente.

**1º Estadio do TP**

O 1º estágio do TP corresponde à fase de dilatação e apagamento do colo uterino, englobando a fase latente e a fase ativa (Posner, Dy, Black & Jones, 2014, p.115).

Aquando da admissão da grávida na SP, a minha preocupação fundamental era realizar o acolhimento à mesma, uma vez que o medo do desconhecido por elas sentido, deve ser colmatado com o primeiro contato que o EEESMO tem com a grávida, sendo para isso fundamental estabelecer uma relação de confiança, respeito e de escuta. Segundo Barnes (1978, p. 172), as parturientes na SP “sentem-se perdidas e assustadas”. De acordo com Silva (2010, p. 31) no processo de acolhimento o enfermeiro deverá estar “atento para os aspetos psicológicos e emocionais, para os sentimentos e pensamentos que possam existir, transmitindo confiança ao doente nos cuidados que lhe são prestados”.

Durante o EC, tive oportunidade de realizar o acolhimento a várias grávidas/casais e constatei que quando isso acontecia, a relação de confiança

que eu estabelecia com as mesmas era mais intensa, tendo tido situações em que estas mostravam desagrado por o meu turno chegar ao fim e por não conseguir realizar o Parto das mesmas. Como refere Burroughs (1995, p. 187), “o modo como se acolhe a utente e família determina o tipo de relacionamento, interferindo decisivamente na confiança que os mesmos depositam no EESMO e no nível de ansiedade vivenciado.”

Muitas vezes no momento do acolhimento, foram sentidas algumas dificuldades devido às barreiras linguísticas e à multiculturalidade existente. Prestei cuidados a parturientes/casais de origem indiana, nepalesa, cabo-verdiana, angolanas, russa, chinesa e de etnia cigana e fui-me apercebendo de algumas diferenças na forma como vivenciam o TP, no entanto considero importante que, o EESMO seja conhecedor das diversas culturas de modo a prestar cuidados culturalmente sensíveis. Posso dizer a título de alguns exemplos que experienciei que, nas culturas africanas a maioria das mulheres era acompanhada pela mãe; já nas famílias indianas quem estava presente era sempre o marido que servia de tradutor.

Realizava o acolhimento da mulher/casal com uma apresentação pessoal, perguntando posteriormente o nome pelo qual gostaria de ser tratada, assim como o sexo e o nome do RN. Em seguida, apresentava o quarto e explicava o funcionamento da SP, consultando o processo clínico e o Boletim de Saúde da Grávida. Após a colocação de CTG, chamava o acompanhante, que na maioria das situações era o pai do RN ou em algumas situações a mãe da parturiente, no sentido de poder proporcionar um suporte contínuo à parturiente e uma vivência positiva e segura do TP. Apercebi-me que, muitas vezes o pai/acompanhante se encontrava receoso de todo aquele processo, não sabendo muito bem o que fazer para poder ajudar. Nesse sentido, forneci sempre oportunidades para que eles pudessem tornar-se parte ativa no processo de nascimento, incentivando por exemplo que, ajudassem a parturiente na deambulação, nos movimentos na bola de pilates ou até mesmo na execução de uma massagem para alívio da dor.

É no 1ºestádio do TP que a mulher passa mais tempo na SP, daí considerar importante a transmissão de informação clara e concisa à parturiente/acompanhante acerca de como está a evoluir o seu TP, esclarecendo dúvidas que possam surgir naquele momento. De acordo com

Lowdermilk & Perry (2006, p. 422 ) “as mulheres sentem-se mais fortes quando lhes é transmitida informação que conseguem compreender e que valoriza o seu esforço (...), fornecendo confiança nas suas capacidades inatas para o parto”, contribuindo para o *empowerment* da grávida/casal.

No que diz respeito à frequência nos CPNP, constatei que a maioria das parturientes a quem realizei o parto, não frequentou nenhum, ou porque não tinham disponibilidade ou porque consideravam já não ser necessário porque era já um 2º/3ª filho. É da responsabilidade do EEESMO conceber, planejar, coordenar, supervisionar, implementar e avaliar programas de preparação completa para o parto e parentalidade responsável (OE, 2010, p. 7). Havia muitas vezes necessidade de informar e orientar os casais, sobre a evolução natural do TP, uma vez que apresentavam muitas vezes ideias erradas sobre o mesmo.

A importância do PP está relacionado com o Princípio da Autonomia, permitindo o *empowerment* das mulheres sobre o processo do parto. Segundo Cortés et al. (2015, p. 521), o PP serve como “ferramenta importante na preparação para o parto, diminuindo “os medos” da mulher graças à informação e comunicação proporcionadas e constitui um processo de reflexão para as mulheres”. No meu EC só duas mulheres tinham PP e acompanhei a vigilância do TP de ambas. Conversei com elas previamente sobre as suas decisões e respeitei os seus PP. A instituição onde realizei o EC não está muito habituada aos PP, e quando recebe alguma mulher com um, estas são literalmente “gozadas” pela equipa médica e por alguns EEESMO, no entanto nunca percebi porquê, uma vez que, a maioria dos desejos que eram expressos no PP eram procedimentos que habitualmente já eram realizados na instituição.

Neste EC, pude consolidar as aprendizagens relativas à interpretação do CTG, adequando as intervenções e vigiando o bem-estar materno fetal. Conseguia perceber, a presença de bradicardia fetal ou desacelerações tardias e variáveis e atuava em conformidade, parando a perfusão de ocitocina (nos casos de indução do TP), fazendo reforço da soroterapia, mudança de decúbito da parturiente preferencialmente para decúbito lateral esquerdo ou de gatas, administração de oxigénio por máscara ou confirmação da progressão fetal e dilatação cervical através da realização do toque vaginal. A nomenclatura que

foi utilizada nos registos de enfermagem, para caraterizar o CTG foi a classificação da ACOG (usada na instituição). De acordo com Santo (2016, p. 9), a monitorização fetal intraparto “visa evitar, por um lado, a ocorrência de lesões relacionadas com hipóxia/acidose e, por outro lado, a realização de intervenções desnecessárias que podem acarretar morbilidade materna/ou fetal”. Um procedimento que gostaria de ter tido oportunidade de realizar, foi a colocação de monitorização fetal interna, no entanto nunca se proporcionou.

No que diz respeito à realização do toque vaginal, esta intervenção foi progressivamente sendo melhorada ao longo do EC, inicialmente apresentava muitas dificuldades em distinguir a variedade fetal e o plano da apresentação, sendo necessário sempre a validação pela Enfermeira Orientadora, mas à medida que o EC foi avançando era a própria que confiava na minha avaliação deixando-me bastante satisfeita. Este procedimento foi realizado por mim mediante consentimento prévio da parturiente.

Para Lee, Liu, Lu & Gau (2013), embora o parto seja um evento feliz na vida de uma mulher/casal é também classificado como uma fonte de dor e sofrimento extremos. Kimber, McNabb, McCourt, Haines & Brocklehurst (2008) definem dor de parto como “um fenómeno complexo, subjetivo e multidimensional, que abrange não só componentes sensoriais mas também componentes emocionais, motivacionais e cognitivas”. No entanto, da perceção que tive muitas mulheres experienciam a dor de maneira diferente, como corroboram Nilsen, Sabatino & Lopes (2011, p. 558), “a perceção individual do processo doloroso depende da intensidade e duração das contrações uterinas, da condição física da gestante e de uma série de fatores, psicológicos, culturais, educacionais e religiosos, bem como da experiência prévia e das expectativas da mulher”. O alívio da dor “contribui para aumentar o bem-estar físico e emocional da parturiente e deve ocupar um lugar prioritário nos cuidados da parteira” (APEO & FAME, 2009, p.65), e como tal, usei com as parturientes tanto os métodos não farmacológicos (falarei dos mais utilizados por mim na SP) como farmacológicos.

O uso de analgesia Epidural ou Sequencial, foi o método mais requerido pelas parturientes para o alívio da dor. Tive oportunidade de colaborar na realização desta técnica com o Anestesiologista e dar informação prévia sobre a realização da mesma, pois a maioria das mulheres já tinham ouvido falar e

queriam, no entanto, não sabiam em que consistia. Ficava extremamente contente quando me pediam para lhes dar a mão, que estivesse ali frente a frente com elas para as ajudar, porque diziam que lhes transmitia força e que as incentivava a não pensar na dor da contração. Quando solicitado pela parturiente e de acordo com os protocolos do serviço, eram realizadas as chamadas “repicagens” pelo cateter epidural, administrando a medicação com intervalos mínimos de 2/2 horas.

Uma das medidas não farmacológicas que mais usei e incentivei as mulheres a realizar foi a deambulação. Esta é “um recurso terapêutico utilizado para reduzir a duração do trabalho de parto, beneficiando-se do efeito favorável da gravidade e da mobilidade pélvica que atuam na coordenação miometrial e aumentam a velocidade da dilatação cervical e descida fetal” (Gallo et al., 2011, p. 46). Lembro-me de uma situação que me deixou muito feliz, ao sair do quarto disse para a parturiente para se levantar da cama, deambular porque seria importante e ajudaria no alívio da dor, tendo-se mostrado renitente à sua realização. No entanto, passados 30min ao entrar novamente no quarto, para o meu espanto deparei-me com a parturiente e o acompanhante a dançarem juntos ao som de uma música que tinham colocado do telemóvel. Fiquei perplexa mas extremamente contente e incentivei-os a continuar que estavam a fazer muito bem, ou seja, dando sempre um reforço positivo.

Outra medida não farmacológica de alívio da dor no parto são os exercícios respiratórios cuja função é reduzir a sensação dolorosa, melhorar os níveis de saturação sanguínea materna de oxigénio, proporcionar relaxamento e diminuir a ansiedade (Reberte & Hoga, 2005, p. 190), no entanto, constatei que era uma medida não muito bem recebida pelas parturientes, porque por mais que se lhe explicasse o benefício e as ajudasse a realizar os exercícios estas não sabiam respirar calmamente ou então diziam que isto “não serve para nada, eu tenho muita dor” (sic).

O duche, foi utilizado na maioria das vigilâncias de TP que realizei, e com o qual obtive resultados positivos. De acordo com a OE (2013, p. 1), “a água quente durante o trabalho de parto tem como benefícios o relaxamento, reduz a ansiedade, estimulando a produção de endorfinas, melhora a perfusão uterina, encurta o período de dilatação e aumenta a sensação de controlo da dor e satisfação”. As parturientes referiram alívio da dor e por outro lado,

verifiquei várias vezes que a progressão do TP se realizou mais rapidamente. Incentivava-as a irem ao duche e acompanhava as mesmas, dizendo que podiam estar o tempo que quisessem e se sentissem confortáveis. Apesar do serviço não possuir aparelhos de telemetria, isto não foi um fator impeditivo, a grávida era desmonitorizada e ia ao duche, assim como para a deambulação no corredor, sendo que muitas preferiam deambular no quarto e ficar ligadas ao CTG, para “ouvir o coração do bebé” (sic).

A Bola de Pilates também foi utilizada por mim para o alívio da dor das parturientes que tinha ao meu cuidado. Notei que, muitas mulheres assim que eram admitidas na SP já estavam a pedir a bola, dizendo que assim participavam ativamente no controlo da dor e na evolução do seu próprio TP. Silva, Oliveira, Silva, & Alvarenga referem que os principais benefícios trazidos são: “correção da postura, o relaxamento e alongamento e fortalecimento da musculatura” (2011, p. 657), “devendo ser incentivada pelos profissionais de saúde que assistem as parturientes” (Gallo et al., 2014, p. 255).

De acordo com uma perspetiva humanista do cuidar e segundo a Teoria de Swanson, neste estágio do TP, possibilitei à mulher medidas de conforto e de alívio da dor e proporcionei um ambiente seguro. O EEESMO tem o dever de assegurar o conforto da parturiente, fazendo “pelo outro aquilo que ele ou ela fariam se fosse de todo possível” (Swanson, 1991, p.164). Também vigiei o TP e estive com parturientes com diabetes gestacional, hipertensão induzida pela gravidez, asma e Síndrome do Anticorpo Antifosfolípide.

## **2º Estadio do TP**

Este estágio corresponde ao período de expulsão, que vai desde a dilatação completa até ao nascimento do feto (Posner et al., 2014, p. 235). Este foi sem dúvida, o maior desafio neste EC, pois se inicialmente considerava que nunca na vida seria capaz de realizar vigilâncias de TP ou até mesmo Partos, hoje ao final deste EC digo que, sou capaz de o fazer de forma mais autónoma e segura, no entanto com alguns receios quando o tiver de realizar sozinha, sem aquele apoio incondicional da Enfª Orientadora.

Começo por relatar a minha experiência no 1º dia de EC, a qual foi rodeada de muitos nervosismo, ansiedade e receios. Primeiramente pensei estar esse dia de observação, no entanto ao ir ao quarto ver uma parturiente,



deparo-me com a situação de se encontrar em período expulsivo e ter de realizar o parto. E agora o que fazer? Foi uma mistura de sentimentos e um momento de uma enorme carga emocional para mim, estando desde o início até ao momento em que me sentei para realizar os registos, numa enorme “pilha de nervos”, pálida e sem pronunciar uma palavra. Este 1º dia foi marcante e será uma experiência da minha vida que nunca esquecerei, por isso relatei-a num Jornal de Aprendizagem que se encontra em Apêndice 1.

Ao longo do EC deparei-me com algumas mulheres/casais que verbalizaram sentimentos de insegurança e que segundo as mesmas não seriam capazes de ajudar o seu bebé a nascer. O meu papel nestas situações e como futura EEESMO foi de encorajar, apoiar e orientar as mulheres/casais de forma eficaz para o momento do parto. Fui aperfeiçoando ao longo do EC as minhas competências a nível comunicacional e relacional, de modo a prosseguir de forma segura com o parto.

Quando o momento do parto estava próximo, a minha preocupação seguinte era estar com a parturiente/casal e informá-los (possibilitar) de tudo o que iria acontecer. É importante orientar a parturiente para a realização de esforços expulsivos (possibilitar) e permitir (possibilitar) que adote a posição mais favorável para o seu parto (sendo que nesta instituição isso não acontecia, sendo praticamente todas “convidadas” a parir em posição de litotimia).

Relativamente a este estágio considero que houve uma grande evolução da minha parte, se inicialmente estava preocupada com o momento em si, onde colocar as mãos, olhava só para o períneo e tinha medo do bebé cair, hoje considero que, tenho uma visão mais holística do momento, falo mais com as parturientes/casais, incentivo-as de forma positiva a realizar a respiração e os esforços expulsivos, vou estando atenta ao mesmo tempo ao CTG, protego o períneo e verifico se este tem elasticidade o suficiente ou não, ou se é necessário realizar uma episiotomia.

A realização da técnica de episiotomia em si não me era difícil executá-la, no entanto, ao realizar o corte sentia uma sensação estranha como se estivesse eu própria a ter dor naquele local. Realizei ao longo deste EC 5 episiotomias, no entanto aquilo que me dava mais dores de cabeça era realizar

a episiorrafia e algumas perineorrafias resultantes de lacerações de grau I e II. Inicialmente era desajeitada com a pinça, porta agulhas, não conseguia distinguir os tecidos lesados e tinha medo de o fazer mal. O EEESMO “avalia a integridade do canal de parto e aplica técnicas de reparação, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação” (OE, 2010, p. 6).

No final do EC considero que evolui muito e no último parto que realizei, fiz uma episiotomia e posteriormente suturei completamente sozinha, pedindo a colaboração da Enfª Orientadora de vez em quando para ver se o estava a realizar corretamente, e confesso que fiquei extremamente orgulhosa de mim, de o ter conseguido fazer e de a Enfª Orientadora ter dito no final: “muitos Parabéns Marilyn ficou bem”, no entanto, precisarei de muitos mais partos para me aperfeiçoar cada vez mais na técnica de sutura. O fato de não ter tido muita prática nesta área, também se deve ao fato de no total dos 43 partos eutócicos realizados, 18 foram períneos integros, 17 lacerações de grau I, com necessidade de apenas 2/3 pontos (que fui suturando sempre com ajuda e orientações) e 3 lacerações de grau II que foram suturadas pela Enfª Orientadora, dado a complexidade das mesmas.

De acordo com a evidência científica, sabe-se que o uso da episiotomia não deve ser rotineira. A WHO sugere uma taxa ideal de episiotomia nos diversos serviços em torno de 10% (WHO, 1996), o que vai de encontro aquilo que foi praticado por mim neste EC. No entanto, através da observação verifiquei que alguns EEESMO ainda praticam a episiotomia por rotina. A WHO (1996) recomenda a utilização limitada da episiotomia uma vez que não existem evidências de que a utilização generalizada ou de rotina desta prática tenha um efeito benéfico, sendo aconselhada nos seguintes casos: sofrimento fetal; parto instrumental ou complicado, por exemplo, distocia de ombros, apresentação pélvica, macrosomia; lesão iminente de laceração perineal grave, nomeadamente rigidez perineal, altura do períneo inferior ou igual a 3 cm (WHO, 1996).

Uma das práticas que gostaria de ter desenvolvido era realizar o parto em posição verticalizada, no entanto nesta instituição essa prática não é comum. Os próprios quartos das parturientes já estão “desenhados” para o parto em posição de litotimia ou semi-sentada. Segundo Lawrence, Lewis, Hofmeyr, Dowswell & Styles (2013), “as principais vantagens da posição

verticalizada no parto vaginal são: menor duração do parto, redução do desconforto e dificuldade nos puxos, dores menos intensas e menor risco de traumas vaginais e perineais e de infecções”. No entanto, ao longo do EC tive a oportunidade de realizar um parto de cócoras na cama e um parto de pé com as mãos apoiadas na cama.

Na primeira parturiente do parto de cócoras, vigiei o seu TP, fui estabelecendo uma relação de confiança com a mesma e ela durante todo o turno referiu que tinha de ser eu a realizar o parto, porque já tínhamos estabelecido uma relação bastante empática e uma ligação muito forte desde o início. Era uma mulher bastante acessível, divertida, que já tinha tido 3 partos eutócicos anteriores. Chegado o período expulsivo, foi questionada a parturiente como gostaria de realizar o seu parto e referiu prontamente “posso-me por de cócoras?” (sic). Confesso que fiquei nervosa, já me encontrava a meio do EC e já tinha desenvolvido muitas competências, no entanto esta era uma situação diferente que gerou em mim medo, mas sendo algo que gostaria de experienciar, disse para mim mesma “vamos a isso”. Para Amorim, Porto & Souza (2010, p. 585), “as mulheres devem ser incentivadas a parir na posição que lhe seja mais confortável”. O meu olhar procurou o do meu grande apoio durante o EC e juntas fizemos aquele parto. Convidei a mãe a extrair o restante do corpo do seu filho de dentro dela (o que muitas vezes fazia com outras parturientes) e foi um momento muito bonito, tendo nascido um bebé do sexo masculino que nunca mais vou esquecer o seu nome, tendo-me emocionado juntamente com ela quando a vi chorar de alegria pelo seu filho que tinha acabado de nascer.

A outra situação diz respeito a uma parturiente cabo-verdiana, com IO: 3003 que dá entrada na SP já com dilatação completa. Ao chegar ao quarto inicia esforços expulsivos na posição de pé e referiu querer parir assim e não deitada. Preparei-me e coloquei-me em posição para receber aquele RN. Assim que se deu a extração da cabeça, tentei proceder ao desencravamento dos ombros, no entanto não fui bem sucedida, questionei se não seria distócia de ombros? e quando a Enf<sup>a</sup> Orientadora interveio confirmou a emergência obstétrica. De imediato foi chamada ajuda. A parturiente foi colocada na cama e procedemos ao início das manobras, realizando a manobra de McRoberts e pressão suprapúbica, com ajuda de outro EEESMO tendo a situação sido

eficazmente resolvida. Silva, Soares & Ferreira (2007), defendem que a posição de Gaskin ou de gatas, tem-se revelado facilitadora para o desprendimento biacromial na distócia de ombros, posição que poderia ter sido adotada naquele momento.

No final o desfecho foi feliz, tendo dado conta que nada em Obstetrícia é linear. Poderia ter estado atenta e prever a ocorrência de distócia de ombros, apesar de ser uma situação que não pode ser prevenida. Mas foi tudo muito rápido, uma vez que chegou já com dilatação completa e também não tive tempo de ler o processo clínico. Era um bebê no Percentil 75 e uma mãe com Diabetes Gestacional, tudo fatores de risco para a Distócia de ombros. De acordo com Marques & Reynolds (2011, p. 614), os principais factores de risco associados a esta emergência obstétrica são a macrossomia fetal, a diabetes gestacional, o parto instrumentado e gravidez anterior complicada por distócia de ombros. Para os mesmos autores, a distócia de ombros “manifesta-se classicamente pelo sinal da tartaruga que se caracteriza pela retracção da cabeça fetal sobre o períneo materno, em direcção à pelve, logo após a sua exteriorização na altura do nascimento” (Marques & Reynolds, 2011, p. 614), sinal que não consegui visualizar dada a posição materna adotada para o parto.

No que diz respeito ao corte do cordão umbilical, foi sempre uma preocupação minha envolver o pai/acompanhante neste procedimento, sendo que a grande maioria verbalizou querer serem eles a realizar o corte. Após a clampagem do cordão umbilical, tive em duas ocasiões oportunidade de realizar a colheita de sangue para células estaminais.

Uma situação para mim a mais marcante de todo o EC, foi a realização de um parto eutócio a um feto morto de 29s+3d. Segundo a WHO (2006), o conceito de morte fetal “consiste na morte anterior á completa expulsão ou extração de um produto da concepção do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez”. Após a passagem de turno, a assistente operacional comunica que a Sr<sup>a</sup> X (nome fictício) sente uma “forte pressão” (sic). Eu e a Enf<sup>a</sup> Orientadora dirigimo-nos ao quarto, realizam-se as apresentações e procedi então ao toque vaginal, estando com dilatação completa e referindo querer fazer esforços expulsivos. Mal entramos no quarto, tanto ela como o acompanhante referiram várias vezes não querer ver o feto e que por favor

“tapem tudo” (sic). Preparo a mesa de parto e todo o material e equipo-me para realizar o parto.

Como não sabia o que dizer e como também não conseguia dizer nada, remeto-me ao silêncio, estando ainda um pouco em choque com a situação e a experiência que iria vivenciar. Como se diz muitas vezes, “o silêncio vale mais que mil palavras” e nesta situação era bem verdade. O parto decorreu sem ninguém dizer uma única palavra, a parturiente e o acompanhante encontravam-se agarrados um ao outro a chorar compulsivamente. Após o nascimento, presto cuidados ao feto que já era grande e invade-me uma sensação de tristeza profunda por aquilo estar a acontecer; as minhas mãos encontram-se trémulas enquanto agarro no feto. Lembro-me de a Enfa<sup>a</sup> Orientadora perguntar: “Estás bem? Sentes-te bem?” (sic) e eu apenas acenei com a cabeça que sim. No entanto, o meu interior estava revoltado por aquilo estar a acontecer. Torna-se difícil gerir os sentimentos de tristeza, angústia, frustração, impotência perante situações de perda. Para Santos, Marques, Carvalho, Fernandes, Henriques & Moreira (2012, p. 278), “a morte fetal é um evento psicologicamente traumático para a mulher e sua família”.

De acordo com Santos et al. (2012, p. 278), “estas mulheres tendem a estar mais suscetíveis a distúrbios psicológicos que podem interferir no processo de assimilação do luto (...), já que a morte gera uma enorme sensação de vazio e dor, que será amenizada com o passar do tempo, (...)”. Dou por mim também a pensar, se eu estou em choque, como estará aquela mulher/casal? São situações difíceis com as quais nunca estamos preparados para lidar, temos pouca habilidade para lidar com o sofrimento e sentimentos presentes e não estamos também preparados para lidar com a morte num ambiente onde a vida prevalece. No final, fiquei com a sensação de que poderia ter feito mais para ajudar aquela mulher/casal.

Considero que, a SP não é o espaço físico adequado para que estas parturientes/casais vivenciem esta experiência, no entanto é sempre tido em conta e essas mulheres/casais são colocados nos quartos mais afastados, para que não possam ouvir o choro dos bebés que possam estar a nascer. Posteriormente estas mulheres também são transferidas após o puerpério imediato, para o Serviço de Ginecologia e não para o Puerpério. Considero que, devem ser realizadas mais formações na área da comunicação das más

notícias e luto por parte dos profissionais de saúde, visto serem temáticas pouco abordadas.

O EEESMO está mais vocacionado para cuidar a mulher, ou casal, com gravidez bem sucedida e não para lidar com situações de perda e morte. Este acontecimento fez-me pensar o quanto é importante a nossa presença, o diálogo e a atenção às pessoas-alvo de cuidados.

### **3º Estadio do TP**

Segundo Lowdermilk & Perry (2006, p.347), este estágio decorre entre o nascimento do feto e a expulsão da placenta e das membranas fetais, e consequente formação do Globo de Segurança de Pinard. A dequitação compreende dois períodos: o descolamento da placenta da parede do útero em direção ao segmento inferior e/ou vagina e a expulsão final da placenta através do canal de parto (Posner et al., 2014, p. 314).

A conduta neste período pode ser fisiológica/expectante ou ativa (OE, 2015, p. 45). Após o nascimento do RN, aguardava pelos sinais de descolamento da placenta, que segundo Posner et al. (2014, p. 314) são: afluxo de sangue à vagina, alongamento do cordão umbilical na vulva, elevação do fundo do útero no abdómen à medida que a placenta desce do útero para a vagina e consistência uterina firme e forma globular.

Procedia posteriormente à remoção da placenta, identificando o mecanismo de expulsão (Duncan ou Schultz) e membranas fetais, verificando a sua integridade e características. As dequitações realizadas foram todas naturais e não houve nenhuma situação de membranas fragmentadas. Apenas em uma situação observei a presença de uma placenta com um lobo acessório.

Após a dequitação dava a indicação para ser administrada ocitocina, e massajava o fundo uterino verificando-se a formação imediata do globo de segurança de Pinard, como forma de prevenção da hemorragia pós-parto. Seguidamente observava o canal de parto e o períneo, procedendo à sua reconstrução quando necessário. Enquanto suturava, realizava sempre sessões de educação para a saúde sobre os cuidados a ter com a episiorrafia, o períneo e as vantagens do uso de gelo. No final, realizava os cuidados de higiene e conforto, utilizando apenas água explicando à puérpera o que iria

sentir, procedendo à secagem com compressas e aplicando gelo posteriormente na região do períneo.

Neste estágio pude observar a interação entre a tríade, muitos casais realizavam fotos, telefonavam aos seus familiares a darem a notícia, muitas mulheres falavam da experiência do parto, riam, choravam de alegria e eu mantinha-me muitas vezes em silêncio para que eles aproveitassem aquele momento que é só deles, ficando apenas de “retaguarda” a observar.

#### **4º Estadio do TP**

Este último estágio diz respeito ao puerpério imediato, ou seja as duas primeiras horas após o parto. O puerpério, é um período importante enquanto fase de adaptação a uma mudança na vida da mulher/casal, de transição para a parentalidade e de reajuste de papéis e identidades, sendo fundamental o EEESMO facilitar o processo de vinculação e transição para a parentalidade. O EEESMO “cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do RN, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade” (OE, 2010, p. 7).

Era nesta fase que eu procedia à adaptação do RN à mama, sendo fundamental o meu papel enquanto futura EEESMO, encorajando, incentivando e aumentando a sua confiança, ajudando-as neste processo da amamentação que muitas vezes se torna difícil porque as mães se encontram cansadas, inseguras e não sabem como o fazer. Torna-se importante o estar com, fazer por, possibilitar no sentido de apoiar a família no processo de amamentação. De acordo com a OE (2010, p. 7), o EEESMO “concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno”.

Muitas referiam não ter leite só uma “aguadilha”, e o meu papel passava por explicar que essa “aguadilha” era o colostro e que era um alimento muito rico em proteínas e que era bom para o seu bebé. O meu papel é apoiar e informar sobre o aleitamento materno, no entanto caso as mães decidam não amamentar (o que aconteceu em uma situação neste EC), não devemos fazê-las sentir culpadas por não o fazerem.

Neste estágio de extrema importância era realizada uma vigilância aos sinais vitais, coloração da pele e mucosas, formação do globo de segurança de Pinard, perdas hemáticas, observação do períneo e episiorrafia. Como a

maioria das parturientes tinham realizado analgesia epidural, apresentavam na sua maioria dificuldade na eliminação vesical, tendo recorrido ao esvaziamento vesical com catéter vesical. Era retirado também o catéter epidural e confirmada se a ponta estava íntegra ou não. Realizava também uma observação ao RN, nomeadamente visualização do coto umbilical e sinais de sangramento, observação do sucesso da pega e dos reflexos de sucção e deglutição, assim como a eliminação (mecónio e urina).

Após as 2 horas e se ambos (RN e puérpera) estivessem estáveis, e após a puérpera fazer uma refeição ligeira, estes eram transferidos para o serviço de Puerpério. Aquando da transferência das puérperas e RN's aproveitava esse momento para visitar a díade a quem tivesse realizado o parto, com o intuito de saber como estava a decorrer esta nova fase. Questionava sobre a amamentação, observava a episiorrafia (se tivesse sido realizada) e se tinham algum desconforto com os pontos e esclarecia algumas dúvidas. Também tive oportunidade de cuidar de puérperas e RN's nos quais não participei nos partos (por terem sido distócicos ou em turnos anteriores).

Considero que neste estágio, não tive grandes dificuldades na prestação dos cuidados à díade, realizando-os de forma autónoma. Todas as experiências vivenciadas foram únicas e singulares e permitiram não só adquirir competências, técnicas como também comunicacionais e relacionais para cuidar a mulher inserida na família e comunidade nos diferentes estádios do TP. Pude estar com as diversas mulheres e acompanhantes, conhecer as suas experiências de parto anteriores (que muitas vezes influenciam o modo como vivem o parto atual), possibilitei apoio e ajuda, mantendo a crença de que tudo iria correr bem e que iriam ter uma experiência de parto positiva, sempre com o objetivo de alcançar o bem-estar da tríade.

Assim, considero ter atingido este objetivo com sucesso, tendo colaborado e acompanhado 95 vigilâncias de TP no 1º estágio, realizado 43 Partos Eutócicos e prestado apoio a 10 Partos Distócicos e cuidado a 56 puérperas e RN's.



**Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados ao RN saudável e de risco na sua adaptação à vida extra-uterina**

Para a consecução deste objetivo, participei na prestação de cuidados de enfermagem a 56 RN saudáveis, não necessitando nenhum deles ser transferido para a Neonatologia. É da competência do EEESMO, “otimizar a adaptação do RN à vida extra-uterina, prevenir ou diagnosticar precocemente complicações para a sua saúde” (OE, 2010, p. 6) e assegurar “a avaliação imediata do recém-nascido implementando medidas de suporte na adaptação à vida extra-uterina”, assim como a sua reanimação em situações de emergência (OE, 2010, p. 6).

Para Oliveira et al. (2012, p.1), “cerca 6 a 10% dos RN necessitam de alguma forma de ajuda para a adaptação à vida extra-uterina, no entanto menos de 1% chegará a necessitar de reanimação avançada”. Sempre que se verificavam situações de compromisso fetal antes do parto (nomeadamente presença de mecónio, prematuridade, CTG não tranquilizador, etc) e em partos distócicos era chamada a equipa médica pediátrica para posterior observação do RN.

No sentido de otimizar a adaptação do RN à vida extra-uterina, considerei fundamental a realização do contato pele a pele. O contato pele a pele é definido como “a colocação do RN despido, ou só com a fralda e/ou gorro, sobre a pele nua da mãe e tapado com um cobertor aquecido durante pelo menos uma hora” (UNICEF). Como refere OE & APEO (2012, p. 23), deve-se “possibilitar o contato pele a pele imediato e prolongado, promovendo os processos de vinculação e amamentação”. De acordo com a OE (2014, p. 1), o contato pele a pele é uma intervenção benéfica para a díade, pois “proporciona uma adaptação saudável à vida extrauterina, com o mínimo de procedimentos de rotina”, além de ter verificado pessoalmente que os RN quando colocados em contato pele a pele ficavam mais calmos e menos chorosos. Era muito bom poder assistir àquele momento, no qual a tríade se mostrava muito carinhosa e estabeleciam laços de afetividade. Sentia sempre uma emoção muito grande ao observar o primeiro toque/contato do casal com o RN, o olhar entre a tríade, as primeiras palavras que verbalizavam e dava por mim a pensar “quero sentir a mesma coisa quando for mãe”.

Após o nascimento, se fosse desejo da mulher e se a situação do RN o permitisse, este era colocado no abdômen materno, onde se procedia à secagem, estimulação tátil e onde se assegurava a permeabilização das vias aéreas, realizando nesse momento a avaliação do Índice de Apgar, que avalia a frequência cardíaca e respiratória, tônus muscular, irritabilidade reflexa e cor. Todos os RN que recebi e os quais realizei o Parto, apresentaram boa vitalidade e adaptação à vida extra-uterina, não necessitando de qualquer tipo de medida para iniciar a respiração espontânea, após a prestação dos cuidados acima mencionados. Posteriormente, eram ainda prestados outros cuidados como a identificação do RN com pulseira identificativa e eletrônica junto do casal, a avaliação do peso (sendo realizada no quarto na presença do casal e através da balança portátil), na maioria das vezes a pedido dos pais. A administração da vitamina K para prevenir a doença hemorrágica neonatal era sempre administrada com conhecimento e autorização prévia do casal (sendo realizado a maioria das vezes no contato do RN com a mãe). Ao mesmo tempo realizava uma observação física do RN no sentido cefalocaudal, com o intuito de despistar precocemente malformações e avaliava também os reflexos do RN.

Também era realizada a clampagem tardia do cordão umbilical de acordo com a evidência científica. A *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) (2017, p. 1) recomenda a clampagem do cordão umbilical pelo menos 30 a 60 segundos após o nascimento e a WHO, recomenda a clampagem do cordão umbilical pelo menos 1 minuto após o nascimento, iniciando em simultâneo os cuidados ao RN (WHO, 2014a). Destaco também que, sempre que tinha de receber um RN, realizava primeiramente uma verificação prévia da sala de reanimação, preparando todo o material caso fosse necessário a sua utilização.

Outra das minhas preocupações foi prevenir a perda de calor do RN, tentando manter a temperatura corporal do mesmo estável no momento do nascimento, seja através de toalhas quentes, colocação do gorro ou do contato pele a pele. Para Pugliesi, Deutsch, Freitas, Dornaus & Rebello (2009, p. 411), logo após o nascimento, “a manutenção da temperatura corpórea do RN é determinante para se obter sucesso na adaptação cardiocirculatória e respiratória”.

Considereei na minha prática de cuidados importante a fomentação de laços de vinculação entre a tríade, envolvi sempre o pai nos cuidados prestados e incentivava o mesmo a vestir a primeira roupa do bebé. É importante que a tríade aproveite o momento que é especial e único para se descobrirem. As intervenções de enfermagem que promovem a vinculação são: o contacto visual, o segurarem o bebé, pegar ao colo, participar nos cuidados ao RN, proporcionar alojamento conjunto da tríade, criar privacidade e a individualização dos cuidados (Manning citado por Lowdermilk & Perry, 2006).

Foi também do meu interesse durante a minha prática neste EC, promover o aleitamento materno precoce. O Hospital onde realizei o meu EC é um Hospital creditado pela WHO/UNICEF como Amigo dos Bebés, daí como preconizado tentei incentivar e promover o aleitamento materno na 1ª hora de vida, se assim fosse o desejo da mãe, sendo um item importante para a promoção, proteção e suporte à amamentação (Rocha, Araújo, Rocha, Almeida, Santos & Rocha, 2018, p. 385). Procurei apoiar as mães a posicionarem-se confortavelmente, principalmente em decúbito lateral e a posicionarem corretamente o seu RN, para que a “primeira pega” fosse a mais correta. Esclareci dúvidas aos casais sobre a amamentação, abordando as vantagens e desvantagens sobre a mesma.

Antes da transferência do RN para o Internamento de Puerpério, realizava sempre uma observação geral, assim como verificava a primeira micção e dejeção de mecónio e procedia aos respetivos registos de enfermagem, no sentido de promover a continuidade dos cuidados.

Apesar de não ter desenvolvido competências na reanimação neonatal, considero ter atingido o presente objetivo, primeiro porque considero ter adquirido as competências de EEESMO necessárias para apoiar o RN no processo de transição e adaptação à vida extra-uterina e segundo porque não senti dificuldades na realização das atividades acima descritas visto algumas já terem sido realizadas em outros EC's.

**Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais enquanto EEESMO, na prestação de cuidados de enfermagem especializados no âmbito da VO no TP.**

Este objetivo foi sendo trabalhado ao longo dos vários EC's, que formam parte integrante na formação do EEESMO, tendo desenvolvido a temática de acordo com a pertinência do Serviço onde me encontrava. Nos EC's de Ginecologia (EC I), Neonatologia (EC V) e Medicina Materno-fetal (EC IV), a temática não foi desenvolvida dado não ser pertinente e adequado ao contexto. No caso do EC IV, que é um serviço de grávidas de risco, com ameaças de parto pré-termo, não seria de todo propício falar de um tema como a Violência Obstétrica no TP, porque já se encontram preocupadas e stressadas com o internamento e com aquilo que poderá acontecer ao seu RN.

No **EC II (Puerpério)**, defini para esse EC como objetivo estabelecer uma relação empática com a puérpera, com vista a conhecer sobre a sua experiência de Parto e detetar possíveis situações de VO e para tal, desenvolvi algumas atividades: promovi o diálogo e a partilha de experiências com a puérpera, disponibilizei-me para ouvir as suas experiências de parto, utilizando técnicas de comunicação com a finalidade de criar uma relação empática com a puérpera e daí poder “colher frutos” sobre a temática.

Neste EC adotei um comportamento assertivo, o que facilitou o estabelecimento de uma relação empática com as puérperas “de modo a satisfazer os seus objetivos, sem ansiedade, expressando os seus sentimentos de forma honesta e adequada, não sobrepondo os seus direitos ao direito de outros intervenientes” (Pereira, 2008, p. 65). Segundo Pontes, Leitão e Ramos (2008, p. 313), “é pela comunicação estabelecida com o paciente, que se pode compeendê-lo holisticamente, isto é, seu modo de pensar, sentir e agir”, podendo ser utilizado como um “instrumento de ajuda terapêutica” (p. 313). O fato de ter conseguido estabelecer uma boa relação com as puérperas/casais, permitiu que apenas uma delas relata-se a sua experiência de parto, tendo sido uma mais valia para mim este relato pois contribuiu para refletir sobre o tema da VO no TP (apêndice 2).

No **EC III (Cuidados de Saúde Primários)**, a estratégia utilizada foi informar os casais sobre a temática no CPNP. Foi realizada uma sessão onde

foi abordada, em conjunto com outra futura EEESMO, a temática da VO no TP e o PP (apêndice 3). Ao abordar a 1ª temática e quando questionados se sabiam o que era VO, fiquei perplexa com aquilo que foram dizendo, “é quando te fazem força na barriga para parires”; “quando tratam mal e mandam calar”; “quando não explicam as coisas”. Denota-se que, estas mulheres têm noções do que pode ser a VO, no entanto, referem desconhecer essa denominação e o meu papel foi então informar as mesmas e dar a conhecer mais este tema, sendo importante realizá-lo nos CPNP.

A humanização dos cuidados no TP e a prevenção de VO no mesmo deve começar durante o período pré-natal, o que vai de encontro à competência definida pela OE (2010, p. 5): “cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal”, porque, uma grávida/casal que já tenha recebido informações e orientações neste período, chegam melhor preparados ao hospital para o momento do parto, uma vez que detêm um conhecimento prévio sobre os seus direitos na assistência ao TP, Parto e pós-parto. Daí considerar que é fundamental orientar os casais nos Cuidados de Saúde Primários.

Relativamente ao PP, além de ser abordado o tema no CPNP foi realizado um exemplar de PP, que foi construído por mim e por outra futura EEESMO, que se encontrava no mesmo agrupamento de Centros de Saúde, para se poder fazer uma articulação deste com o respetivo Hospital de referência (apêndice 4). O PP foi apresentado na sessão, e esta foi também uma temática de interesse, tendo muitos casais pedido posteriormente para ter acesso ao mesmo, pois pretendiam usá-lo.

No Parecer nº7/2012, emitido pela Mesa do colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, o EEESMO deve colaborar na “execução do Plano de Parto, o que contribui para a excelência dos cuidados prestados pelo EEESMO” (OE, 2012). O EEESMO de acordo com a OE (2010, p. 5), “promove o plano de parto, aconselha e apoia a mulher na decisão”, este ajuda a mulher a organizar as suas ideias, a perceber o que acontece em cada fase do TP, como poderá agir quando chegar o momento e desta forma poder prevenir ou minimizar os casos de VO no TP, o EEESMO “actua de acordo com o plano de parto estabelecido com a mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado” (OE, 2010, p. 6).

Ainda neste EC, foi realizado um Cartaz (apêndice 5) que ficou colocado na Unidade de Cuidados de Saúde Primários (UCSP) onde realizei o meu estágio, na área da Saúde Materna, com o intuito de alertar para a problemática da VO. No contato com os profissionais de saúde da UCSP, e ao falar sobre o tema estes demonstraram interesse em conhecer um pouco mais sobre o mesmo, e portanto realizei também uma sessão na UCSP e procurei sensibilizá-los e alertar para a importância de abordar este tema nas consultas de vigilância pré-natal (apêndice 6). As avaliações das sessões foram bastante positivas, tendo sido felicitada pelo meu desempenho e incentivada a abordar cada vez mais a temática.

No decorrer do **Estágio com Relatório** realizado na SP, também desenvolvi competências relativamente à temática em estudo, tendo sido realizado registos de interação através de conversas informais com as mulheres e feita observação no contexto de SP.

A evidência científica demonstra que muitas mulheres evidenciam uma falta de informação sobre os seus direitos enquanto parturientes, e por conseguinte sobre a temática da VO, portanto compete-nos a nós EEESMO informar, educar, aconselhar as grávidas/casais. Portanto, e como forma de refletir com os profissionais de saúde da SP onde me encontrava a realizar o EC, foi planeada (apêndice 7) e realizada uma ação de formação dirigida aos Enfermeiros do SUOG da instituição onde realizei o EC, onde foi divulgado o conceito de VO no TP assim como as perspetivas das mulheres sobre VO no TP e abordado o PP como uma possível estratégia para minimizar os casos de VO (apêndice 8).

Nesta formação foi partilhada evidência científica atual, o que contribuiu para a divulgação da mesma e para a melhoria dos cuidados especializados em Saúde Materna e Obstétrica. Permitiu-me como EEESMO desenvolver competências na área da formação, assim como na área da comunicação. Estiveram presentes 14 enfermeiros na sua maioria EEESMO, sendo um deles do serviço de Medicina Materno-Fetal, a Enf<sup>a</sup> diretora da instituição e os restantes do serviço onde me encontrava a realizar o EC. O tempo estipulado para a mesma foi cumprido, tendo no final sido realizado um pequeno debate, onde se falou que a VO não era só no TP, onde expliquei que só foi abordado no TP porque era o tema que estava a estudar, mas que sim havia violência na

gravidez, TP, Parto e até no pós-parto. Foi discutido o PP e a forma como os enfermeiros e outros profissionais de saúde ainda mostram renitência e muitas vezes “gozam” com o mesmo. Relativamente à avaliação, foi distribuído um questionário de avaliação (apêndice 9), o qual depois de analisado pude constatar que no geral a formação foi muito boa e que enquanto aluna fui avaliada entre o Bom e o Muito Bom.

No sentido de divulgar mais a temática, participei no Congresso da APEO, realizado em Coimbra nos dias 24 e 25 de maio de 2018, com a apresentação de um poster científico (apêndice 10). Esta apresentação foi muito gratificante, tendo ficado num total de 22 posteres apresentados em 2º lugar, o que me dá a entender que a temática foi considerada muito pertinente para a Comissão Científica Organizadora do evento, uma vez que foi dado grande destaque no Congresso ao tema da Violência sobre as mulheres na gravidez. Outros temas que foram abordados e que considerei pertinentes foram: Intervenção do enfermeiro na prevenção das perturbações emocionais no primeiro mês pós-parto; Boas práticas e autonomia da puérpera após a alta clínica; Qualidade de vida e preocupações maternas no pós-parto: estudo de fatores associados e Dispareunia após o parto. Foi dada a possibilidade pela APEO de no mesmo congresso, poder realizar um artigo científico para posteriormente ser publicado na revista da associação, tendo agarrado mais esta oportunidade e realizado o artigo, intitulado: “Perspetivas das Mulheres sobre Violência Obstétrica no Trabalho de Parto” (apêndice 11).

Apresentei posteriormente no dia 7 e 8 de Junho de 2018, nas Jornadas de Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia – “Cuidar em Obstetrícia, um olhar diferente”, da Maternidade Alfredo da Costa, outro poster relacionado também com a temática (apêndice 12). Os temas abordados nestas Jornadas e que considero que foram pertinentes para a minha aprendizagem foram: Movimento em Trabalho de Parto, Parto verticalizado e Banco de Parto, Hidroterapia no Trabalho de Parto, Corte Tardio do Cordão, Apgar 12, Contato Pele a Pele nas Cesarianas e Parto Respeitado, onde neste último foi abordado o Conceito de VO, os tipos de VO, recomendações da WHO, os direitos das grávidas e PP.

Neste EC Estágio com Relatório foi também elaborado um 2º Jornal de Aprendizagem (apêndice 13) relacionado com a temática, que permitiu

descrever e analisar as experiências, promovendo a reflexão crítica com o intuito de melhorar as intervenções realizadas.

A nível mundial existem também várias associações e organizações preocupadas com esta temática. A *Women's Global Network for Reproductive Rights* é uma delas, que celebrou no passado dia 28/05/17, o Dia Internacional de Ação pela Saúde das Mulheres lançando uma campanha sobre a Saúde da Mulher e realizando um infográfico (anexo 1) sobre VO, tendo sido feito o pedido via e-mail para autorização da tradução do mesmo em português e utilização em Portugal.



### 3. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Pretende-se com este Relatório, a aquisição e o desenvolvimento de competências específicas para a obtenção do título de EEESMO. Esta aquisição de competências teve por base a prática baseada na evidência, nomeadamente através da realização de uma *Scoping Review*. Além da realização da *Scoping Review*, foram colhidos dados através da observação e de conversas informais com as mulheres com a realização de registos de interação, que foram contributos de descrição da prática clínica que permitiram a reflexão e análise das intervenções.

Neste capítulo, irei descrever as etapas da *Scoping Review*, no sentido de apresentar a evidência científica existente sobre a temática em estudo e será realizada uma discussão e análise dos resultados obtidos.

#### 3.1. Scoping Review

O objetivo desta *Scoping Review* é mapear a evidência científica no que diz respeito à Perspetiva das Mulheres sobre VO no TP. De acordo com JBI (2015), a *Scoping Review* visa “um mapeamento da informação disponível, não se restringindo a evidência qualitativa, quantitativa ou estudos primários”.

Tendo por base o protocolo de uma *Scoping Review*, a formulação da questão de pesquisa baseou-se na mnemónica PCC: “Quais as perspetivas das mulheres sobre Violência Obstétrica no Trabalho de Parto?”, em que a **(P)opulação** são as mulheres, o **(C)onceito** é a Violência Obstétrica no Trabalho de Parto e o **(C)ontexto** é a Sala de Partos.

Como refere JBI (2015, p. 12), os critérios de inclusão “fornecem um guia para entender o que é proposto pelos revisores e, mais importante, um guia para os próprios avaliadores basearem as decisões sobre as fontes a serem incluídas na revisão scoping”. Em apêndice 14 apresenta-se uma tabela com os critérios de inclusão e exclusão.

Será utilizada uma estratégia de pesquisa por etapas, conforme preconizado no *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual* (JBI, 2015, p. 13). As bases de dados utilizadas foram a *CINAHL*, *MEDLINE* e *WEB OF SCIENCE*. Foi feita uma lista de referência dos artigos selecionados, através

da utilização dos operadores booleanos “AND” (quando se trate de conceitos diferentes) e “OR” (para agrupar as palavras que pertencem ao mesmo conceito), que permitiram chegar ao resultado final da pesquisa, de onde resultam todos os estudos que respondem ao cruzamento de todos os termos. Os termos de pesquisa utilizados em cada base de dados são apresentados no apêndice 15.

Inicialmente, foi realizada uma pesquisa em maio de 2017, com limite temporal de 2012-2017. Posteriormente, foi efetuada em julho de 2018 uma atualização da pesquisa, com o intuito de encontrar novos artigos que pudessem dar resposta à minha questão. Na 1ª pesquisa foram obtidos 2 artigos na base de dados da *CINAHL*, intitulados: “*Obstetrical Violence under the look of users*” e “*Women’s perception on Obstetric Violence*”. Na 2ª pesquisa obtive mais 1 artigo na base de dados *WEB OF SCIENCE*, publicado em julho de 2017 e intitulado: “*Discussing Obstetric Violence through the voices of women and health professionals*”, que analisa os discursos das mulheres e dos profissionais de saúde sobre VO, no entanto, considereei o estudo pertinente e centrar-me-ei apenas nos resultados obtidos referentes às mulheres. Foi usado também, para enriquecer o estudo um artigo obtido na literatura cinzenta, intitulado: “A Violência Obstétrica segundo a percepção das mulheres que a vivenciaram”, publicado em julho de 2017, tendo no total 4 artigos para análise.

Assim, nesta última pesquisa realizada (em julho de 2018) resultaram 89 artigos da *CINAHL*, 147 artigos da *MEDLINE* e 114 artigos da *WEB OF SCIENCE*. Posteriormente, foram aplicados os limites temporais e *full-text* (texto integral disponível), tendo ficado com 55 artigos na *CINAHL*, 68 artigos na *MEDLINE* e 26 artigos na *WEB OF SCIENCE*. Posto isto, através da leitura do título e resumo e obedecendo rigorosamente aos critérios de inclusão e exclusão, foram excluídos os que não iam ao encontro da problemática em estudo. De modo a permitir uma melhor compreensão, encontra-se em apêndice 16 o fluxograma da *Scoping Review*. A análise dos 4 artigos obtidos encontra-se também em apêndice 17.

### **3.2. Discussão e análise dos resultados obtidos**

A análise dos resultados obtidos tem por base os resultados provenientes da *Scoping Review*, o artigo proveniente da literatura cinzenta e os registos de interação e observações realizadas (apêndice 18). Durante a análise é feita uma articulação com excertos teóricos e fragmentos dos registos de interação, resultantes da pesquisa realizada. Os registos de interação foram codificadas com letras (RI 1 – registo de interação 1), para ser mais fácil a sua leitura. Os registos de interação, segundo Bogdan & Biklen (2006, p. 150), são o “relato escrito sobre o que o investigador ouve, vê, experiencia e pensa no decurso da recolha”.

Os resultados obtidos comprovam a pertinência da divulgação do conceito de VO, assim como dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres com vista a um cuidado de qualidade e por conseguinte a um parto humanizado e respeitado, porque a evidência científica demonstra que as mulheres estão carentes de informação e educação em saúde. “As mulheres precisam conhecer e entender os seus direitos para poder assim questionar, denunciar e tentar ao menos extirpar os casos de violência” (Silva, Lucena, Deininger, Monteiro & Moura, 2016, p. 4478). Vieira (2016, sp), caracteriza a VO “pela falta de respeito aos direitos sexuais, reprodutivos e humanos, e tem sido objeto de estudo, em especial na perspectiva dos direitos das mulheres durante o parto e nascimento.” Tendo por base o estudo de Oliveira, Costa, Monte, Veras & Sá (2017, p. 42), as mulheres “evidenciam uma falta de informação acerca dos seus direitos enquanto parturientes”.

Para a WHO (2014, p.3), uma das medidas a ser tomadas, para eliminar o desrespeito e abuso contra as mulheres durante a assistência ao parto, passa por “ênfasis nos direitos das mulheres a uma assistência digna e respeitosa durante toda a gravidez e parto”. Segundo a WHO (2014, p. 1), “toda a mulher tem direito ao melhor padrão atingível de saúde, o qual inclui o direito a um cuidado digno e respeitoso”.

O conceito de VO é referido por Fabbro & Machado (2017, p. 1) como “um tipo de violência de género onde há apropriação do corpo das mulheres nos processos reprodutivos, por profissionais de saúde, que prestam assistência desumana, com uso excessivo de medicalização”, o que é

corroborado por Oliveira et al. (2017, p.41). Para Silva et al. (2016, p. 4475), a VO caracteriza-se por “imposições de intervenções que causem danos, ou comprometam a integridade física e psicológica da mulher, extraindo assim sua autonomia e respeito”.

Outros autores como Fujita & Shimo (2015, p. 177), consideram que a VO manifesta-se por meio de condutas como “privação da parturiente de seus direitos, submissão a práticas desnecessárias, arriscadas e prejudiciais à saúde da mãe e do bebê, desvalorização de suas crenças, valores e conhecimentos e sequestro da autonomia feminina no momento do parto” e inclui violência verbal, física, sexual, psicológica e de gênero (Gradim et al. 2017, p. 1230).

É possível constatar que, muitas mulheres não conhecem o conceito em si, não sabem definir exatamente o que seria VO, no entanto, conseguem perceber por dedução sobre o que poderia ser VO, como se reflete neste registro: *“é quando dizem aquelas frases de na hora de fazer não gritou, quando tratam mal a grávida e gritam conosco, e quando não explicam as coisas que nos vão fazer”* (RI 1). Algumas mulheres conseguem reconhecer quando sofreram de VO: *“(...) fui vítima de Violência Obstétrica”,* porque *“não me foram explicadas as coisas”* (RI 1). Como referem Fujita & Shimo (2015, p. 177), “as parturientes que identificam atos de violência, muitas vezes, não expressam a sua insatisfação por medo de sofrer mais ações violentas”.

O Inquérito realizado por Rohde (2016, p. 32 ), intitulado “Atendimento ao Parto Hospitalar em Portugal: Vivências das Mulheres”, realizado no âmbito da sua dissertação de Mestrado, e remetendo-me apenas para a parte da percepção sobre VO, verifica-se que na questão relativa a quantas mulheres estão familiarizadas com o conceito de VO, só 441 mulheres responderam a esta questão (total de 519), sendo que 329 estão familiarizadas com o mesmo e 112 não. Esta autora considera elevado o número de mulheres a conhecerem o conceito de VO, “dado que este é relativamente recente em Portugal e ainda, de certa maneira, interdito, pois há resistência em se associar práticas médicas instituídas com a palavra violência” (Rohde, 2016, p. 32). Quanto à questão, quantas mulheres sentiram que foram ou não alvo de VO durante o seu próprio parto, no total de 519 mulheres a responderem a esta questão, 271 disseram não ter sido vítimas de VO, 168 referiram que sim e 80 disseram que não

tenham a certeza, ou seja verifica-se que “por mais que, para um observador, um ato específico possa ser percebido ou não como Violência Obstétrica, pela percepção da vítima, ou o alvo, pode haver dúvidas” (Rohde, 2016, p. 32).

De acordo com o estudo realizado por Oliveira & Penna (2017, p.1), a VO está presente “porém há certo consentimento por parte das mulheres que, na presença do nascimento, esquecem a forma de assistência recebida” anteriormente, ou seja, ao vivenciarem estas situações, as mulheres muitas vezes calam-se “diante de uma atitude hostil ou autoritária dos profissionais de saúde”, permitindo uma “violência consentida”, procurando justificar tais atos como sendo parte inerente ao processo de parto e nascimento (Oliveira & Penna, 2017, p. 6 e 8) e “como necessários para a organização e condução do trabalho de parto” (Gradim et al., 2017, p. 1234). O que se evidencia no (RI 2), *“já esqueceu a situação porque o que quer é que o bebê nasça bem (...)”* ou então no (RI 3): *“a bebê tinha uma circular no pescoço e tinham de fazer cesariana. Não me explicaram nada, mas eu aceitei porque tive medo que a bebê morresse”*. Para Wolff & Waldow (2008, p. 150), esta violência consentida permite que “os maus tratos sejam esquecidos, visto com outros olhos, como normais ou parte do processo de parturição” e que “as mulheres (...) não ousam reclamar (...) por medo, por vergonha e por se sentirem inferiorizadas perante uma suposta autoridade dos donos do saber”.

As próprias parturientes não conseguem muitas vezes distinguir se sofreram ou não de VO, porque esta “é tao comumente ocorrida na sociedade” (Silva et al., 2016, p. 4478) e porque confiam e acreditam que os profissionais de saúde são os detentores do conhecimento – *“se calhar ela (a médica) tinha de fazer aquilo”* (RI 2). Muitas mulheres “aceitam que os procedimentos sejam realizados sem questionar e terminam por não expressar seus desejos, na maioria das vezes sofrendo em silêncio” (Silva et al., 2016, p. 4479).

Mesmo reconhecendo que ocorrem situações de violência, as mulheres referem “que isso não ofusca em nada o brilho de poder dar à luz”, referindo que tudo o que foi negativo durante o TP é apagado (Oliveira & Penna, 2017, p. 7). O ato de parir que deveria ser um momento positivo para a mãe, transforma-se numa experiência negativa, na qual a maioria destas deseja esquecer (Silva et al., 2016, p. 4474). Para Oliveira et al. (2017, p. 44), a VO “é

pouco reconhecida enquanto ato violento, pois, no momento que ela ocorre, as mulheres estão vivenciando marcantes emoções, que as fazem calar (...)”, *“elas sabem da existência de VO mas calam-se por medo”* (RI 3). De acordo com Teixeira & Pereira (2006, p. 741), “a falta de informações e conhecimento das mulheres pode levá-las a acreditar que procedimentos tidos como inadequados ou prejudiciais são necessários e importantes para que o parto ocorra”.

Para Oliveira & Penna (2017, p. 6), existe uma negligência dos direitos das mulheres, referindo dificuldades de se fazerem ouvir no momento do parto, diante de regras e normas que são impostas pela instituição hospitalar. No mesmo estudo, é referido que as mulheres mais informadas e com planos de parto, são tratadas com hostilidade, rotuladas e são “extorquidos os seus direitos” pelos profissionais de saúde (Oliveira & Penna, 2017, p. 7).

Evidencia-se neste estudo de Oliveira & Penna (2017, p. 7) que, são comuns no dia-a-dia das maternidades, a existência de condutas autoritárias, o uso de palavras depreciativas, as ameaças, abuso de poder, discriminações e repreensões contra as parturientes, “utilizadas pelos profissionais como estratégias de poder”, sendo referenciado nos registros de interação: *“não vale a pena porque os “grandes” saem sempre bem das situações”* (RI 2). Assim, “o que era para ser um momento perfeito tornou-se uma lembrança ruim na vida da parturiente, houve uma falta de comunicação e respeito profissional” (Oliveira et al., 2017, p.43).

Segundo Fabbro & Machado (2017, p. 6), também são comuns os procedimentos inadequados ao parto, relacionados ao excesso de medicalização e instrumentalização do parto normal. Estas práticas realizadas por rotina são: tricotomia, jejum, amniotomia artificial, obrigar a mulher a parir em posições horizontais, não permitir a deambulação, que devem ser abolidas segundo a WHO (2014) e que são consideradas VO. De acordo com os mesmos autores, pode-se concluir que “o sistema se encontra “contaminado” por normas e rotinas, os quais são realizados sem discussão prévia ou consentimento informado da mulher” (Fabbro & Machado, 2017, p. 8), como demonstra o (RI 2): *“uma médica ao realizar o toque vaginal foi muito bruta e não pediu autorização para o realizar”*.

Como refere Tesser et al. (2015, p. 2), a VO é utilizada para descrever e agrupar diversas formas de violência durante o cuidado obstétrico profissional. Inclui maus tratos físicos, psicológicos, e verbais, assim como procedimentos desnecessários e danosos. No (RI 3) é referido: *“elas lá são colocadas no corredor, não há respeito pela privacidade, tratam de forma agressiva, e gritam com elas se não fizerem o que lhes mandam. Eu quando tive a minha bebé marcaram o dia da minha cesariana na data que o médico quis e quando podia”*, ou seja, quando a cesariana é realizada sem evidência científica que justifique o procedimento, este considera-se “como um ato violento” (Pulhez, 2015, p. 89). Quando a cesariana é necessária, devemos tornar o momento o mais humanizado possível, para que seja um evento onde as mulheres possam ser o mais protagonistas possível.

O conceito de violência verbal surge referido no estudo de Oliveira et al. (2017, p. 43), sendo caracterizado por “palavras danosas que tem a intenção de ridicularizar, humilhar, manipular e/ou ameaçar”, referindo que a mulher “deve aguentar a dor do parto (...) como preço pelo suposto prazer sentido no ato sexual que deu origem àquela gestação”, sendo explícita a presença de violência verbal sofrida pela mulher no registo: *“Você pensa que é fácil ter um filho? As dores são para aguantar, senão não tivesse feito a criança”* (RI 4).

No estudo de Silva et al. (2016, p. 4475), as mulheres sofrem com a falta de humanização durante o TP, com o tratamento desrespeitoso e a realização de procedimentos desnecessários. Ou seja, para que o parto humanizado seja efetivamente realizado “além de não se realizar procedimentos desnecessários, é preciso respeitar e aceitar as decisões da parturiente” (Silva et al., 2016, p.4477), devendo os profissionais de saúde estar preparados para prestar apoio emocional às mulheres, não sendo autoritários e tendo em conta a autonomia das mesmas.

Surge no estudo de Silva et al. (2016, p. 4476), o conceito de violência institucional, relacionada com a falta de infraestruturas hospitalares e má formação dos profissionais de saúde (tanto de médicos, quanto enfermeiros obstetras), demonstrado também pelo registo: *“não há condições, materiais e espaço físico velhos e que como é muita gente não tem capacidade para prestar cuidados a todas”* (RI 3). “A falta de estrutura física adequada, como a falta de espaço para acomodação do acompanhante, equipamentos

ultrapassados, falhas administrativas, ausência de protocolos para assistência humanizada” são alguns dos fatores que favorecem a violência institucional, de acordo com Silva, Marcelino, Rodrigues, Toro & Shimo (2014, p. 725).

Torna-se necessário que as instituições vejam as mulheres como um todo, que garantam cuidados de qualidade, no entanto muitos profissionais de saúde fazem das instituições locais de desrespeito, humilhação e violência contra a mulher (Wolff & Waldow, 2008). De acordo com Aguiar, D'Oliveira & Schraiber (2013), “a violência institucional nas maternidades surge como uma prática comum, muitas vezes banal e corriqueira, não sendo percebida e definida claramente por profissionais e mulheres”.

As estratégias para enfrentar as situações de VO, passam pelos EEESMO contribuírem na elaboração do PP, na promoção da autonomia e *empowerment* das parturientes e ajudar as mulheres na tomada de decisões, garantindo a qualidade dos cuidados (Oliveira & Penna, 2017, p. 8). Já Oliveira et al. (2017, p.44), refere ser importante implementar políticas públicas ao atendimento das mulheres, de modo a aumentar a sua segurança e satisfação, um atendimento humanizado para que possa ser uma experiência gratificante para as parturientes e Silva et al. (2016, p. 4479), consideram importante preparar melhor os profissionais de saúde, para que estes tenham um olhar humanizado para com as mulheres. A WHO em 2014 divulgou uma declaração convocando maior ação, diálogo, pesquisa e mobilização sobre os abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto nas instituições de saúde.

A falta de humanização durante o TP e a desinformação das mulheres, torna-as mais vulneráveis à VO, necessitando estas serem emponderadas para que reconheçam o que é desfavorável ao seu TP e Parto. É importante dar oportunidade à mulher de ser protagonista do seu TP para que esta experiência seja única, positiva e gratificante. Segundo Oliveira et al. (2017, p.42), “as mulheres apontam como fator determinante para uma experiência de parto positiva a confiança e o carinho, a paciência e a calma por parte dos Profissionais de Saúde”.

O meu papel como futura EEESMO também se revelou bastante importante em situações que presenciei de VO, tendo dado apoio, informando e reconfortando as mulheres como se demonstra no (RI 4) “*confio em si*” e no



(RI 1): *“se não fosse você eu ainda estaria sem saber o que me iria acontecer”*. Torna-se imperativo realizar divulgação sobre a temática, para que mulheres possam tornar-se mais ativas nas decisões que tomam, promovendo o *empowerment* da mulher. Torna-se relevante dar informação à mulher/casal no período pré-concepcional e nos CPNP, para que estes possam tomar as suas decisões informadas, tornando o momento do nascimento uma experiência única, mágica e gratificante.

Para Carmo e Ferreira (1998, p. 97), a observação permite “selecionar informação pertinente, através dos órgãos sensoriais e com recurso à teoria e à metodologia científica, a fim de poder descrever, interpretar e agir sobre a realidade em questão”, tendo como finalidade “apreender o ponto de vista dos informantes, a sua relação com a vida, conhecer a sua visão do mundo” (Craig & Smyth, 2004, p.142). As observações realizadas na SP mostram as diversas formas de VO no TP, que como refere Andrade & Aggio (2014, p. 6) vai desde a “não explicação e solicitação de autorização para a realização de procedimentos, até a injúria verbal, exprimida por palavras ofensivas, visando impedir a mulher de demonstrar o que estava sentindo”, tendo sido observado mandarem calar as mulheres, realização de procedimentos sem consentimento (toque vaginal, analgesia epidural) e sem explicar o procedimento, não respeito pela intimidade e privacidade das mulheres. Nestas situações ficava extremamente indignada com aquilo que ia observando, porque aquilo não eram cuidados de qualidade e humanizados. A intimidade é algo que para nós mulheres é pessoal e íntimo, e é um direito que nos assiste e que como profissionais de saúde temos o dever de respeitar. Ao criar vínculos com aquelas mulheres/casais a situação tornava-se ainda mais difícil para mim, no entanto, por medo limitava-me ao silêncio, faltando-me a coragem para falar.

Relativamente ao toque vaginal foi observado a realização deste por vários profissionais, o que não vai de encontro ao recomendado pela WHO (1996), procedimento realizado sem se ter cuidado com a privacidade daquela mulher, evidenciando “uma tendência de objetificação do corpo da mulher” (Pereira, 2004, p. 396). Ou seja, mais uma vez a privacidade da mulher é posta em causa. Esta situação, gerava em mim revolta e fazia-me refletir, já que quando realizava esse procedimento às mulheres, pensava em mim como mulher e na forma como gostaria que me tratassem e respeitassem a minha

privacidade. Para Palma & Donelli (2017, p. 222), “a realização de toques vaginais repetidos e realizados por diferentes pessoas apresentou-se como preditor para a vivência de violência no parto”. Quando me apercebia que algum médico ia realizar o toque vaginal a alguma das mulheres a meu cargo, tentava amavelmente contornar a situação e comunicar que o tinha acabado de fazer o que para alguns não era visto da melhor maneira, mas apesar das adversidades nunca desisti de o fazer. Nas observações realizadas, posso dizer que o que foi mais evidente e talvez por estar mais alerta por ter presenciado várias situações, foi que a equipa médica era a maior causadora de VO nas mulheres, contrariamente ao que é referido por Rodrigues, Alves, Vieira, Leão, Paula & Pimentel (2018, p. 244), que consideram a enfermeira como a maior causadora de violência, seguindo-se o médico.

A manobra de Kristeller “compreende uma outra modalidade de violência, de ordem física” e “é reconhecidamente danosa à saúde (...)” (Rodrigues, Alves, Branco, Souza, Dulfe & Vieira, 2015, p. 8465). Ainda segundo o mesmo autor em 2018, esta é uma prática considerada como VO. Corroborando com a mesma ideia, Rodrigues et al. (2015, p. 8465), consideram que esta prática deve ser abolida. Numa das vezes que me encontrava a observar, constatei com surpresa o agradecimento de uma mulher por ter sido feita esta manobra, o que demonstra em muito o desconhecimento e a desinformação que as mulheres apresentam, pensando para mim mesma “o que está a dizer? é urgente informar estas mulheres”. Para Palma & Donelli (2017, p. 223), esse procedimento causa além de “dor e desconforto à parturiente, pode levar a problemas mais sérios, como ruptura uterina e lesão do esfíncter anal”, afetando diretamente a saúde da díade.

Porém, também foram identificados elementos da humanização da assistência ao TP e Parto, como a equipa médica e de enfermagem realizarem o procedimento do toque vaginal com um lençol por cima das pernas da parturiente, respeitando a sua intimidade e privacidade.

Após a análise dos registos de interação, organizei de acordo com a Técnica de Análise de Conteúdo, os resultados por Tema, Categorias e Subcategorias e Unidades de Contexto, no sentido de dar resposta à minha inquietação sobre a Perspetiva das Mulheres sobre VO no TP e como forma de facilitar a leitura da informação recolhida, encontrando-se em apêndice 19.

Para Bardin (2009, p. 42), a análise de conteúdo é “um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permite a inferência de conhecimentos relativos. Segundo Fortin (2009, p. 379), a análise de conteúdo “trata-se de medir a frequência, a ordem ou a intensidade de certas palavras, de certas frases ou expressões ou de certos factos e acontecimentos”, que posteriormente são organizados por categorias e sub-categorias.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Toda a prática de cuidados neste EC, foi realizada segundo os princípios éticos e deontológicos que pressupõem a salvaguarda da “dignidade de toda e qualquer pessoa em todas as circunstâncias e dimensões” (OE, 2015a, p.19). O consentimento informado foi sempre garantido de modo a respeitar a autonomia, dignidade e liberdade da mulher/casal. Procurei sempre o respeito pelos valores humanos, proteger a identidade da mulher/casal e a humanização dos cuidados. De acordo com Beauchamp & Childress (2011), “deve-se respeitar sempre as escolhas das mulheres/casal e a tomada de decisão (...) fomentar o empowerment da mulher/casal e não prestar cuidados iguais a todas as mulheres, mas sim de acordo com (...) os princípios éticos”.

Aprofundar um pouco mais esta temática permitiu-me abrir novos horizontes, permitindo um crescimento a nível profissional e pessoal. É importante que o EEESMO, promova uma atenção diferenciada e individualizada, inibindo possíveis conflitos e respeitando um cuidado livre de violência de qualquer tipo. É importante informar as mulheres sobre o tema, de forma a intervir junto dos profissionais de saúde para que o problema não se perpetue.

Há necessidade de uma “reforma” nas nossas práticas no que se refere ao cuidar da mulher em TP, por parte dos profissionais de saúde, sendo importante abandonar a rotina, as intervenções desnecessárias, a tecnologia e a comodidade dos profissionais em detrimento do bem-estar da mulher. Torna-se importante também, capacitar a mulher para que esta seja protagonista no seu TP, ou seja, contribuir para o empowerment da mulher principalmente nas consultas de vigilância pré-natal e/ou nos CPNP, fornecendo informações e ajudando na elaboração dos PP, minimizando medos e ansiedades e emponderando-as sobre os seus direitos durante o TP. Para tal, o EEESMO precisa também de desenvolver competências científicas, relacionais e técnicas que permitam o desenvolvimento deste tipo de atividade no âmbito da promoção da saúde. É imperativo divulgar associações como a APDMGP, que luta contra a VO e defende os direitos das mulheres na gravidez e no parto.

Nestes meses de EC, houve momentos bons e outros menos bons, no entanto, todos contribuíram para a minha aprendizagem, uma vez que fui aprendendo e refletindo de modo crítico com todos eles. Estes dois últimos anos permitiram crescer em termos profissionais e passei a gostar ainda mais e a ter respeito por esta profissão que tanto adoro. Fui sendo capacitada para a investigação, no sentido de melhorar e fundamentar a minha prática de cuidados. Como refere Martin Luther King, “talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas graças a Deus, não sou o que era antes”.

Futuramente, pretendo adquirir cada vez mais conhecimentos sobre a área da saúde materna e obstétrica, pois ao longo da nossa vida a aprendizagem é contínua, estamos sempre a aprender e a melhorar a forma como prestamos os nossos cuidados, mediante situações com que nos deparamos diariamente. Pretendo continuar a divulgar mais a temática, seja participando em congressos, escrevendo mais artigos, indo aos CPNP falar com as mulheres e até mesmo no meu local de trabalho junto dos profissionais de saúde.

Com este EC e com a realização deste Relatório, consegui desenvolver e adquirir um conjunto de competências específicas e comuns de enfermeiro especialista, no sentido de me tornar uma EEESMO bastante profissional e competente. Ao longo deste percurso, que culmina com a realização deste Relatório, algumas limitações foram identificadas, de entre as quais destaco a in experiência na realização da *Scoping Review*, conseguir assegurar o rigor metodológico e a linguagem científica exigidos e a gestão de tempo, que considero no final terem sido todas colmatadas.

Há um longo percurso a construir, mas o mais importante é começar, para que se possam ir produzindo resultados, mesmo que pequenos e com isso permitir a reflexão sobre os cuidados. Espero ter contribuído na melhoria da qualidade dos cuidados prestados à mulher, relativamente ao respeito e humanização desde o período pré-natal, possibilitado o *empowerment* da mulher/casal. Finalizo este trabalho da mesma forma que foi iniciado, com a esperança que mudando a forma de nascer se consiga mudar o mundo, como disse Michel Odent.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ✓ ACOG (2017). Delayed umbilical cord clamping after birth. Committee Opinion. Obstet Gynecol. N° 684, 1–6. Acedido a 22/02/2017. Disponível em: <https://www.acog.org/-/media/Committee-Opinions/Committee-o-ObstetricPractice/co684.pdf?dmc=1&ts=20170126T1339592817>
- ✓ Aguiar, J. M., D' Oliveira, A. F. P. L. & Schraiber, L. B. (2013). Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 29(11), 2287-2296.
- ✓ Aguiar, J. M., D'Oliveira, A. F. P. L. (2011). Institutional violence in public maternity hospitals: the women's view. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 15(36), 79-91. Acedido a: 10/07/2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n36/aop4010.pdf>.
- ✓ Amorim, M. M. R., Porto, A. M. F. & Souza, A. S. R. S. (2010). Assistência ao segundo e terceiro períodos do trabalho de parto baseada em evidências. *Revista Femina*, 38(11), 583-591.
- ✓ Andrade, B. P. & Aggio, C. D. M. (2014). Violência obstétrica: a dor que cala. *Anais do III Simpósio Gênero e Políticas Públicas da Universidade Estadual de Londrina*, 1-7.
- ✓ Andrade, J.M. (2009). Mola hidatiforme e doença trofoblástica gestacional. *Revista Brasileira Ginecologia Obstétrica*. 31(2), 94-101.
- ✓ APDMGP (2015). Direitos da Mulher na Gravidez e Parto. Acedido a 07/06/2017. Disponível em: <http://www.associacaogravidezeparto.pt/wp-content/uploads/2015/02/Direitos-Universais-da-Mulher-durante-o-Parto.pdf>
- ✓ APDMGP (2015a). O Plano de Parto. Lisboa. Acedido a 07/06/2017. Disponível em: <http://www.associacaogravidezeparto.pt/wp-content/uploads/2015/02/Plano-de-Parto-APDMGP.pdf>
- ✓ APEO & FAME (2009). *Iniciativa parto normal* - Documento de consenso. Loures: Lusodidacta. 1-105.
- ✓ Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

- ✓ Barnes, E. (1978). *As relações humanas no hospital*. Coimbra: Livraria Almedina
- ✓ Barros, A. P. Z., Lipinski, J. M., Sehnem, G. D., Rodrigues, A. N. & Zambiasi, E. S. (2017). Conhecimento de Enfermeiras sobre Plano de Parto. *Revista de Enfermagem da USFM*, 7(1), 69-79.
- ✓ Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (2011). *Princípios da Ética Biomédica* (2ªed). São Paulo: Edições Loyola.
- ✓ Belli, L. F. (2013). La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. *Revista Redbioética/UNESCO*, 1 (7). 25 -34.
- ✓ Bogdan, R. C. & Biklen, S. K. (2006). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- ✓ Burroughs, A. (1995). *Uma introdução à Enfermagem Materna*. Porto Alegre: Artes médicas.
- ✓ Campos, A., Marques, C. & Soares, C. (2018). *Protocolos de Atuação da Maternidade Alfredo da Costa*. 3ªed. Lisboa: LIDEL.
- ✓ Carmo, H. & Ferreira, M. M. (1998). *Metodologia da Investigação: Guia para auto-aprendizagem*. Universidade Aberta, Lisboa. ISBN 972-674231-5
- ✓ Craig, J. V. & Smyth, R. L. (2004). *Prática Baseada na Evidência: manual para enfermeiros*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- ✓ Convenção Europeia dos Direitos do Homem (2010). Acedido a 01/07/2018. Disponível em: [https://www.echr.coe.int/Documents/Convention\\_POR.pdf](https://www.echr.coe.int/Documents/Convention_POR.pdf)
- ✓ Cortés, M. S., Barranco, D. A., Jordana, M. C. & Roche, M. E. M. (2015). Uso e influência dos Planos de Parto e Nascimento no processo de parto humanizado. *Revista latino-americana de enfermagem*, 23(3), 520-527.
- ✓ Dias, R. L., Silva, A. A., Pereira, B. B., Pereira, J. D. S. C., Azevedo, M. B., & Gomes, S. K. C. (2015). Violência obstétrica: perspectiva da enfermagem. *Revista Rede de Cuidados em Saúde*, 9(2). 1-4.
- ✓ Fabbro, M. R. C. & Machado, G. P. R. (2017). A Violência Obstétrica segundo a percepção das mulheres que a vivenciaram. *Investigação Qualitativa em Saúde*, 2, 1-11.

- ✓ Figueiredo, M. F. S., Neto, J. F. R. & Leite, M. T. D. S. (2012). Educação em saúde no contexto da Saúde da Família na perspectiva do usuário. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 16(41), 315-329.
- ✓ Fortin, M.F. (2009). *O processo de investigação: Da concepção à realização*. Lisboa: Lusodidacta
- ✓ Fujita, J.A.L.M & Shimo, A.K.K. (2015). Violência na parturição: revisão integrativa. *Revista Varia Scientia – Ciências da Saúde*, 1(2), 167- 179.
- ✓ Gallo, R. B. S., Santana, L. S., Marcolin, A. C. & Quintana, S. M. (2014). A bola suíça no alívio da dor de primigestas na fase ativa do trabalho de parto. *Revista Dor São Paulo*, 15(4), 253-255.
- ✓ Gallo, R.B.S, Santana, L.S., Marcolin, A.C., Ferreira, C.H.J., Duarte, G. & Quintana, S.M. (2011). Recursos não-farmacológicos no trabalho de parto: Protocolo assistencial. *Revista Femina*, 39(1), 41-48.
- ✓ García, E. M. G. (2015). *La violencia obstétrica como violencia de género. Una mirada feminista de la situación en España*. Dissertação de Mestrado. Universitat Jaume I.
- ✓ Graça, L. M. (2010). *Medicina Materno-Fetal*. 4ªed. Lisboa: Lidel – edições técnicas, lda.
- ✓ Gradim, C. V. C., Rennó, G. M., Ribeiro, M. E., Pacheco, T. C. M. P & Salles, T. A. (2017). Violence in childbirth: integrative review. *Journal of Nursing UFPE*, 11(3), 1299-1308.
- ✓ Haddad D. (2010). *Silêncio: assistência de enfermagem a mulher que perdeu bebê*. Curso de Pós graduação em Enfermagem Obstétrica. Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.
- ✓ Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência- Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- ✓ ICM (2014). International Code of Ethics for Midwives. 1-3. Acedido a: 20/07/2017. Disponível em: [www.internationalmidwives.org](http://www.internationalmidwives.org)
- ✓ ICM (2013). Essential competencies for basic midwifery practice. Acedido 20/07/2017. Disponível em:



<http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/ICM%20Essential%20Competencies%20for%20Basic%20Midwifery%20Practice%202010,%20revised%202013.pdf>

- ✓ JBI (2015). *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. Methodology for JBI Scoping Reviews. Australia: The Joanna Briggs Institute. 1-24.
- ✓ Júnior, A. G., Grigoletto, A. R. L., & Fregonezi, P. A. G. (2011). Candidíase Vaginal: uma questão de educação em saúde. *Brazilian Journal of Health*, 2(2), 89-96
- ✓ Kimber, L., McNabb, M., McCourt, C., Haines, A., & Brocklehurst, P. (2008). Massage or music for pain relief in labour: a pilot randomized placebo controlled trial. *Journal of Pain*, 12(4), 961-969.
- ✓ Lawrence A., Lewis L., Hofmeyr G.J., & Styles C. (2013). Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 20(8), 1-6.
- ✓ Lee, S. L., Liu, S. Y., Lu, Y. Y. & Gau, M. L. (2013). Efficacy of warm showers on labor pain and birth experiences during the first labor stage. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 42(1), 19-28.
- ✓ Lei n.º 15/2014 de 21 de março (2014). Direitos e Deveres do utente dos serviços de saúde. *Diário da República I Série*, N.º 57 (21-03-2014) 2127 – 2131.
- ✓ Lowdermilk, D. & Perry, S. (2006). *Enfermagem na Maternidade*. 7ª ed. Loures: Lusodidacta.
- ✓ Machado, M. A. (2014). *Cómo parimos? de la violencia obstétrica al parto humanizado*. Monografia. Universidad de La República. Montevideo.
- ✓ Marques, J.B. & Reynolds, A. (2011). Distócia de Ombros - Uma Emergência Obstétrica. *Acta Med Portuguesa*, 24(4), 613-620.
- ✓ Nilsen, E., Sabatino, H. & Lopes, M. H. B. M. (2011). Dor e comportamento de mulheres durante o trabalho de parto e parto em diferentes posições. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(3), 557-565.
- ✓ Nunes, L. (2013). *Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. Escola Superior de Saúde do Instituto

Politécnico de Setúbal. Acedido a 18/07/2017. Disponível no RCAAP.  
<http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%20academica%20em%20enfermagem.pdf>

- ✓ OE (2015). Livro de bolso. Enfermeiras especialistas em saúde materna e obstetrícia/parteira. Lisboa: OE.
- ✓ OE (2015a). REPE - Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Lisboa: OE. Acedido a 12/06/2017. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto\\_REPE\\_29102015\\_VF\\_site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf)
- ✓ OE (2014). Amamentação/1ª hora após o parto. Projeto Maternidade com Qualidade. Acedido a 19/06/18. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR\\_PeleaPeleAmamentacao\\_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR_PeleaPeleAmamentacao_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf)
- ✓ OE (2013). Alívio da dor / medidas não farmacológicas no trabalho de parto e parto. Projeto Maternidade com Qualidade. Acedido a 19/06/2018. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR\\_Medidasnaofarmacologicas\\_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR_Medidasnaofarmacologicas_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf)
- ✓ OE (2012). Parecer N.º 7 / 2012. Plano de Parto. Acedido a 13/05/2018. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESMO\\_Parecer\\_7\\_2012\\_Plano\\_de\\_parto.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESMO_Parecer_7_2012_Plano_de_parto.pdf)
- ✓ OE (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. Lisboa: OE. 1- 9.
- ✓ OE & APEO (2012). *Pelo Direito ao Parto Normal – Uma Visão Partilhada*. Lisboa: OE. 1-36. Acedido a 26-06-2017. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/livro\\_parto\\_normal.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/livro_parto_normal.pdf)

- ✓ Oliveira, T. R., Costa, R.E.O.L., Monte, N. L., Veras, J. M. M. F. & Sá, M. Í. M. R. (2017). Women's perception on obstetric violence. *Journal of Nursing UFPE*, 11(1), 40-46.
- ✓ Oliveira, V. J. & Penna, C. M. M. (2017). O discurso da violência obstétrica na voz das mulheres e dos profissionais de saúde. *Texto contexto enfermagem*, 26(2), 1-10.
- ✓ Oliveira, G., Albuquerque, M. , Cardoso, B. M., Gaspar, E., Costa, R., Aguiar, T., Mesquita, J., Oliveira, D. & Pissara, S. (2012). Reanimação do Recém-nascido de termo na Sala de Partos – consensos da de Neonatologia. Acedido a 6/07/2018. Disponível em: <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/Reanima%C3%A7%C3%A3o-RN-Termo-Sala-de-Partos.pdf>
- ✓ Palma, C.F. & Donelli, T.M.S. (2017). Violência obstétrica em mulheres brasileiras. *Psico*, Porto Alegre. 48(3), 216-230
- ✓ Pereira, A. T. G., Fortes, I. F. L., & Mendes, J. M. G. (2013). Comunicação de más notícias: revisão sistemática da literatura. *Revista de enfermagem UFPE*, 7(1), 227-235.
- ✓ Pereira, N. (2008). Comunicação de enfermeiro/utente num serviço de Urgência. Dissertação de Mestrado. Universidade Aberta de Lisboa. Acedido a 14/07/2017. Disponível em: <http://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/711>
- ✓ Pereira, W. R. (2004). Poder, violência e dominação simbólicas nos serviços públicos de saúde. *Texto & Contexto Enfermagem*, 13(3), 391-400.
- ✓ Pontes, A. C., Leitão, I. M. T. A. & Ramos, I. C. (2008). Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. *Revista brasileira de enfermagem*, 61(3), 312-318.
- ✓ Posner, G. D., Dy, J., Black, A. Y. & Jones, G. D. (2014). *Trabalho de Parto & Parto de Oxorn e Foote*. (6ª ed.). AMGH Editora Ltda.
- ✓ Pulhez, M. M. (2015). *Mulheres Mamíferas: Práticas da Maternidade Ativa*. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual de Campinas. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Campinas.

- ✓ Pugliesi, V. E. M. , Deutsch, A. D., Freitas, M., Dornaus, M. F. P. S. & Rebello, C. M. (2009). Efeitos do banho logo após o nascimento sobre as adaptações térmicas e cardiorespiratória do recém-nascido a termo. *Revista Paulista de Pediatria*, 27(4), 410-415.
- ✓ Ramos, A. P., & Bortagarai, F. M. (2012). A comunicação não-verbal na área da saúde. *Revista Cefac*, 14(1).
- ✓ Reberte, L.M. & Hoga, L.A.K. (2005). O desenvolvimento de um grupo de gestantes com a utilização da abordagem corporal. *Texto & Contexto Enfermagem*, 14(2), 186-192.
- ✓ Rocha, L. B., Araujo, F. M. S., Rocha, N. C. O., Almeida, C. D., Santos, M. O. & Rocha, C. H. R. (2018). Aleitamento materno na primeira hora de vida: uma revisão da literatura. *Revista de Medicina e Saúde de Brasília*, 6(3). 384-394.
- ✓ Rodrigues, D. P., Alves, V. H., Vieira, R. S., Leão, D. C. M. R., Paula, E., & Pimentel, M. M. (2018). A violência obstétrica no contexto do parto e nascimento. *Revista de Enfermagem UFPE*, 12(1), 236-246.
- ✓ Rodrigues, D. P., Alves, V. H., Branco, M. B. L. R., de Souza, R. D. M. P., Dulfe, P. A. M., & Vieira, B. D. G. (2015). A violência obstétrica como prática no cuidado na saúde da mulher no processo parturitivo: análise reflexiva. *Revista de enfermagem UFPE*. 9(5), 8461-8467.
- ✓ Rohde, A. M. B. (2016). *A Outra Dor do Parto: Género, Relações de Poder e Violência Obstétrica na Assistência Hospitalar ao Parto*. Dissertação de Mestrado em Estudos Sobre as Mulheres, As Mulheres na Sociedade e na Cultura. Universidade Nova de Lisboa.
- ✓ Ricci, S. S. (2008). *Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan
- ✓ Santo, S. (2016). Guidelines para monitorização fetal intraparto: resumo do novo consenso da FIGO de 2015. *Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa*, 10(1), 8-11.
- ✓ Santos, C. S., Marques, J. F., Carvalho, F. H. C., Fernandes, A. F. C., Henriques, A. C. P. T. & Moreira, K. A. P. (2012). Percepções de enfermeiras

sobre a assistência prestada a mulheres diante do óbito fetal. *Escola Anna Nery*, 16 (2), 277- 284.

- ✓ Silva, R. L. V., de Lucena, K. D. T., Deininger, L. D. S. C., Monteiro, A. C. C., & Moura, R. D. M. A. (2016). Obstetrical violence under the look of users. *Journal of Nursing UFPE*, 10(12), 4474-4480.
- ✓ Silva, S., Silva, E., Souza, K. & Oliveira, D. (2015). Perfil de gestantes participantes de rodas de conversa sobre o plano de parto. *Enfermagem Obstétrica*, Rio de Janeiro, 2 (1), 9-14.
- ✓ Silva, E. F., Trevisan, D. C., Lorenzini, E., Pruss, A. C. F., Strapasson, M. R. & Bonilha, A. L. L. (2015). Atenção à mulher em processo de abortamento induzido: percepção de profissionais de enfermagem. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 5(3), 454-464.
- ✓ Silva, M. G., Marcelino, M. C., Rodrigues, L. S. P., Toro, R. C. & Shimo, A. K. K. (2014). Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 15(4). 720-728.
- ✓ Silva, D. A. O., Ramos, M. G., Jordão, V. R. V., Silva, R. A. R., Carvalho, J. B. L. & Costa, M. M. N. (2013). Uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto normal: revisão integrativa. *Revista Enfermagem UFPE*, 7(5), 4161-4170.
- ✓ Silva, L.M., Oliveira, S.M.J.V., Silva, F.M.B. & Alvarenga, M.B. (2011). Uso da bola suíça no trabalho de parto. *Acta Paulista de Enfermagem*, 24(5), 656-662.
- ✓ Silva, M. A. (2010). *Necessidade Pré-operatória do Doente Cirúrgico: Acolhimento de Enfermagem*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar /Universidade do Porto.
- ✓ Sousa, P. P. (2014). O conforto da pessoa idosa. Universidade Católica Editora, Lisboa.
- ✓ Speck, N. M. G., Boechat, K. P. R., Santos, L., Mouzinho, G., & Ribalta, J. C. L. (2016). Tratamento do cisto da glândula de Bartholin com laser de CO2. *Einstein*, 14(1), 25-29.
- ✓ Swanson, K (1993). Nursing as informed caring for the well-being of others. *Journal of Nursing Scholarship*, 25 (4), 352-357.

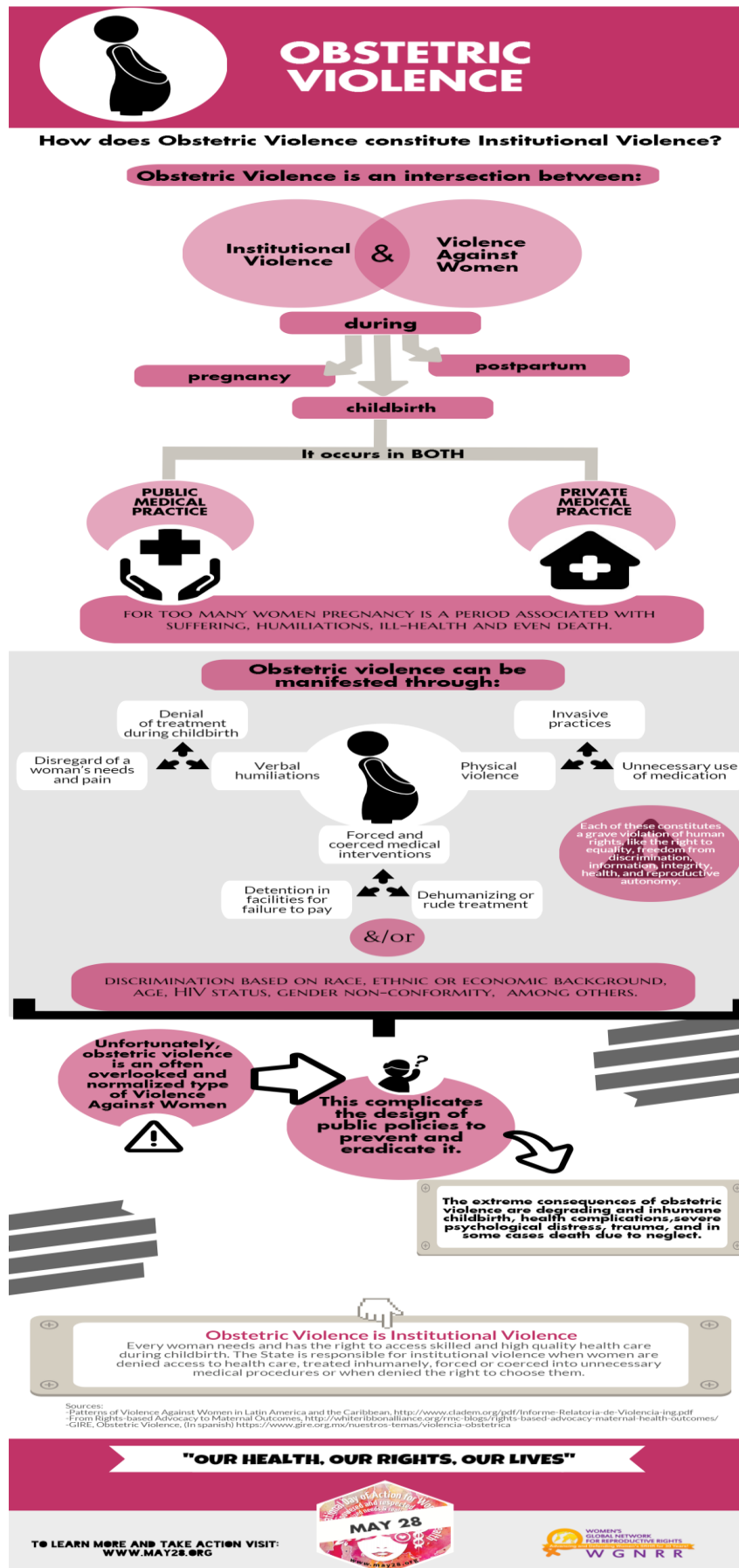
- ✓ Swanson, K. M. (1991). Empirical development of a middle range theory of caring. *Nursing Research*, 40 (3), 161-166.
- ✓ Teixeira, N. Z. F. & Pereira, W. R. (2006). Parto hospitalar: experiências de mulheres da periferia de Cuiabá-MT. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(6), 740-744.
- ✓ Tesser, C. D., Knobel, R., Andrezzo, H. F. A. & Diniz, S. G. (2015). Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 10(35), 1-12.
- ✓ Tomey, A. & Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra - Modelos e Teorias de Enfermagem*. (5ª ed.). Loures: Lusociência.
- ✓ UNESCO (2006). *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*. Acedido a 14/06/2017. Disponível em <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf>
- ✓ UNICEF. *Skin-to-skin contact*. Acedido em 2/04/2018. Disponível em: <https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/baby-friendly-resources/implementing-standards-resources/skin-to-skin-contact/>
- ✓ UN WOMEN - United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women (2013). *Voices against violence*. Acedido a: 13/06/2018. Disponível em: <http://www.unwomen.org>
- ✓ Vieira, R. S. (2016). *Violência obstétrica-práticas no processo do parto e nascimento: uma revisão integrativa*. Trabalho Acadêmico. Universidade Federal Fluminense.
- ✓ WHO (2018). *WHO Recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience*. WHO. ISBN: 978-92-4-155021-5
- ✓ WHO (2014). *Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde*. Acedido a: 16/05/2017. Disponível em [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO\\_RHR\\_14.23\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf)
- ✓ WHO (2014a). *Guideline: Delayed umbilical cord clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcomes*. Geneva, WHO. Acedido a 12/06/2018. Disponível em: [http://www.who.int/elena/titles/cord\\_clamping/en/](http://www.who.int/elena/titles/cord_clamping/en/)

- ✓ WHO (2006). *Neonatal and perinatal mortality: country, regional and global estimates*. Geneve: WHO.
- ✓ WHO (2002). *World Report on Violence and Health*. Geneve: WHO.
- ✓ WHO (1996). *Care in normal birth: a practical guide*. Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit. Geneve: WHO.
- ✓ Wolff, L. R. & Waldow, V. R. (2008). Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. *Saude soc. São Paulo*, 17(3), 138-151.

# **ANEXOS**



## Anexo 1 – Infográfico da Violência Obstétrica



# APÊNDICES



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA**

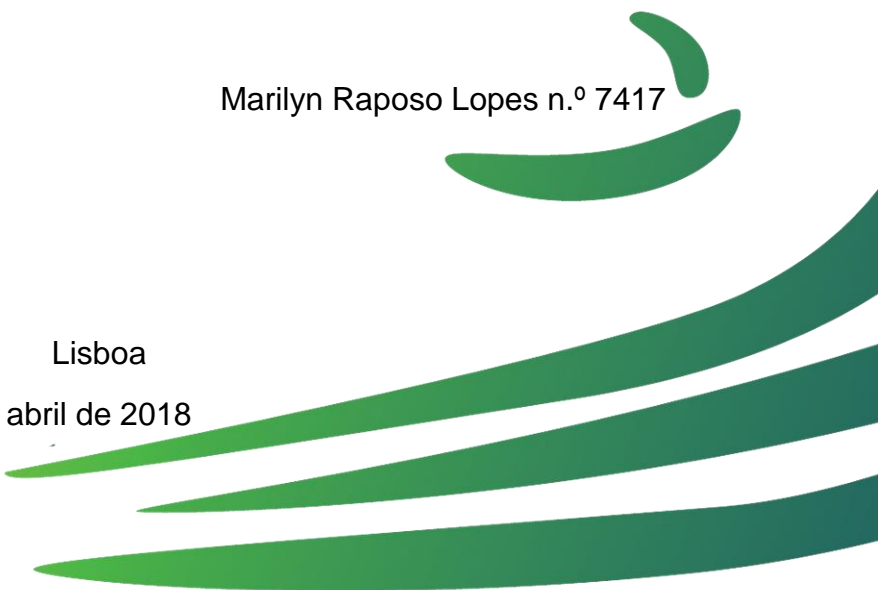
8º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Estágio com Relatório

# Jornal de Aprendizagem I

Marilyn Raposo Lopes n.º 7417

Lisboa  
abril de 2018





**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA**

8º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Estágio com Relatório

# Jornal de Aprendizagem I

**Discente**

Marilyn Raposo Lopes n.º 7417

**Docente**

Professora Isabel Serra

**Orientadora Clínica**

EEESMO Cecília Artilheiro

Lisboa

abril de 2018

## LISTA DE SIGLAS

ACOG – *American College of Obstetricians and Gynecologists*

CTG – Cardiotocografia

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

FCF – Frequência cardíaca fetal

IA – Índice de Apgar

IO – Índice Obstétrico

IG – Idade Gestacional

RN – Recém-nascido

Este Jornal de Aprendizagem surge no âmbito do Estágio com Relatório, tendo como finalidade, construir um espaço para reflexão de um acontecimento, que foi vivenciado em contexto de Estágio e analisar todos os sentimentos envolvidos e a minha atuação como futura EEESMO. No sentido de facilitar o processo de reflexão, irei realizar este Jornal recorrendo ao Ciclo reflexivo de Gibbs. Enquanto futura EEESMO, a realização deste Jornal de Aprendizagem revelou-se fundamental para o desenvolvimento de competências específicas.

Para Alarcão & Rua (2005, p.376), os Ensinos Clínicos são “momentos de observação e intervenção em contextos de serviços de saúde e afins, com o objetivo de desenvolver capacidades, atitudes e competências”.

A situação que vou descrever aconteceu no 1º dia de Estágio, no dia 6 de Março de 2018, estando eu a fazer o turno da tarde na Sala de Partos. Este dia tinha chegado, encontrava-me determinada em aprender, no entanto estava aterrorizada com medo de errar e de não ser capaz de estar à altura das competências e responsabilidades exigidas. Ao entrar na Sala de Partos apresentei-me e conheci a Enfermeira que me irá acompanhar nesta longa caminhada. Para mim tudo era novo, o espaço físico, a equipa, os procedimentos, uma vez que não me encontro a trabalhar nesta área.

Após assistir à passagem de ocorrências do turno anterior, eu e a Enfermeira Orientadora dirigimo-nos ao Quarto 2 onde estava a Sofia (nome fictício) em fase ativa do trabalho de parto. Grávida de 19 anos de idade, gravidez planeada e vigiada no seu Centro de Saúde, com Grupo sanguíneo: A Rh+, IO:1001 e IG: 39s. Serologias negativas e Streptococcus do Grupo B negativo. Sem antecedentes pessoais relevantes. Tinha realizado Analgesia Epidural as 13h30. Encontrava-se com monitorização cardio-fetal externa com CTG de categoria I (de acordo com a ACOG), FCF+-142bpm, e dinâmica uterina regular de elevada amplitude.

Aquando da nossa entrada no quarto, a Sofia encontrava-se acompanhada pela mãe. Foram feitas as respetivas apresentações e a parturiente referiu estar bastante queixosa, com vontade de realizar esforços expulsivos. Ao realizar a cervicometria, apresentava colo com 10cm de dilatação e estava já no 2º estágio do Trabalho de Parto. Lembro-me de pensar

que, como era o primeiro dia iria estar de observação, para me familiarizar com todo este ambiente e com o Parto em si, no entanto isto não aconteceu. A minha Orientadora olha para mim e diz “vai-te vestindo, prepara a mesa e coloca os panos, que a parturiente está em período expulsivo” (sic). O meu coração começou a bater cada vez mais forte, como se fosse sair do meu peito; as minhas pernas começaram a tremer e eu comecei a entrar em estado de nervosismo e stress. Após a semana de Prática Simulada realizada na ESEL eu sentia vontade e desejava realizar Partos, no entanto o medo era tanto que naquele momento fiquei paralisada e bloqueada a olhar para a mesa de parto e para os panos, não sabendo qual era qual, onde colocava os ferros na mesa. A minha Orientadora ao ver-me assim, aproximou-se de mim e transmitiu-me tranquilidade dizendo que iríamos fazer juntas aquele Parto. Branden (2000, p. 219) salienta que “o apoio constante da enfermeira pode ajudar a atenuar o stress emocional”, aplicando-se tanto para a própria parturiente como para mim naquele momento. Este, foi um momento de uma enorme carga emocional para mim, estando desde o início até ao momento em que me sentei para realizar os registos, numa enorme “pilha de nervos”, pálida, sem pronunciar uma palavra.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010), uma das competências específicas do EEESMO é “cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extra uterina”.

Após o período expulsivo, nasceu as 16h18 um RN do sexo feminino, com boa vitalidade e choro vigoroso, IA: 9/10, sem malformações aparentes. Este foi colocado em contato pele a pele e o cordão umbilical foi cortado pela mãe da parturiente (após ter parado de pulsar). Durante todo este momento não dirigi uma única palavra à parturiente, tal era o meu estado...no entanto, após o nascimento do RN fui invadida pela emoção e referi apenas uma palavra “Felicidades”, a Sofia olhou para mim e disse “Obrigada”. Foi sem dúvida um primeiro contato com a realidade muito intenso e teve um impacto extremamente positivo para a minha aprendizagem.

Considero que, há um longo caminho a percorrer, porque apesar dos conhecimentos científicos e das pesquisas que vou realizando diariamente, a

habilidade técnica não está ainda bem desenvolvida assim como a relacional e comunicacional, o que me deixou também insegura e com receio. À medida que os dias passam, vou libertando os meus medos e inseguranças, e procuro no final de cada experiência nova partilhar sempre as experiências com a minha Orientadora.

Pretendo ser uma futura EEESMO com capacidades para dar resposta especializada e adequada às necessidades da mulher/casal. Este primeiro contato com a Sala de Partos foi muito marcante, permitiu vivências únicas a nível emocional. O EEESMO é o pilar dos cuidados, tem autonomia e responsabilidade na prestação de cuidados, promovendo a autonomia do casal no momento do parto.

Tentarei por de parte estes medos e inseguranças, para que estes não interfiram na minha prestação de cuidados, pois sou uma pessoa que não desiste dos seus objetivos, apesar das adversidades. Todas as situações com que me deparo são de aprendizagem, por isso vou aproveitar ao máximo este Estágio e com ele aprender muito para ser uma boa profissional.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I. & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto Enfermagem*, 14(3).
- Branden, P. (2000). *Enfermagem Materno-Infantil*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Afonso. ISBN 85-87148-41-9.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 1-8.

**Apêndice 2 – Reflexão realizada no EC II (Puerpério)**



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA**

8º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

EC II

# Reflexão

**Discente**

Marilyn Raposo Lopes n.º 7417

**Docente**

Professora Madalena Oliveira

**Orientadora Clínica**

Enfª Marlene Carvalho

Lisboa

junho de 2017

No seguimento do Ensino Clínico II – Puerpério, foi realizada uma reflexão profunda e crítica de uma situação vivenciada no referido ensino. Segundo Pereira (2001), “as experiências significativas, surgem a partir da observação e da consciencialização das ações através da reflexão e ao promover a reflexão através da experiência, também favorece a articulação entre a teoria e a prática”, ou seja, refletir sobre a ação é um processo importante e permite ao enfermeiro a tomada de consciência e racionalização sobre as suas ações.

Com o objetivo de prestar cuidados de enfermagem de qualidade, nós como profissionais temos de estar continuamente atualizados e providos de diversas competências para dar resposta às mais variadas situações, de forma holística e individualizada. Para Cavaco (2009), “a aprendizagem por via da experiência é um processo natural e intrínseco à essência do ser humano”.

A situação que irei descrever teve lugar no turno da manhã, do dia 2/07/17 quando ia realizar a observação puerperal de uma puérpera após Parto por forceps por sofrimento fetal do dia 1/07/17 as 18h30, tendo nascido um RN do sexo feminino com 3450gr. Púpera de 35 anos de idade não refere alergias medicamentosas, tem como antecedentes pessoais: nódulos da tiróide. Foi uma gravidez vigiada num Hospital Privado. Profissão: Jornalista. IO: 1001, Grupo sanguíneo: A Rh+, Serologias negativas e STB (-).

Num primeiro contato a utente encontrava-se em posição deitada a amamentar o seu RN e por isso resolvi não interromper a díade num momento especial. Voltei mais tarde e num segundo momento, abordei a puérpera perguntando como estava e como se estava a sentir. Esta referiu sentir-se bem no entanto estava um pouco ansiosa no que se refere à temática dos cuidados de higiene ao RN, como iria fazer em casa e se seria capaz de o fazer.

Tentei acalmá-la, iniciando uma conversa informal e descontraída com a mesma. Após uma longa conversa a puérpera sentindo-se mais confiante começou a abordar aspetos da sua vida pessoal e privada. Vários autores, nomeadamente Twycross (2003) e Réxette (2010), consideram que o enfermeiro deve demonstrar disponibilidade para ouvir a pessoa, ter uma atitude calma e favorecer a expressão de sentimentos.

Com o seguimento da conversa e quando abordo a puérpera sobre o tema de um segundo filho, esta mostra-se muito convicta e segura no que estava a dizer e nega voltar a ter um segundo filho. Perguntei então o porquê dessa decisão, e ela responde muito triste que o seu parto foi extremamente violento e não quer voltar a passar pelo mesmo, que considera ter sido vítima de violência... Fiquei estupefata com o relato que estava a ouvir e limitei-me a escutar o que aquela puérpera tinha para partilhar.

A temática da Violência Obstétrica no Trabalho de Parto é bastante importante, porque é necessário consciencializar as mulheres sobre as práticas de violência obstétrica e dos direitos que possuem; refletir acerca da formação dos profissionais de saúde e modificar as suas práticas, no sentido de promover um parto humanizado, respeitoso, sensível e fisiológico.

Esta puérpera reconheceu que a situação vivida por ela foi um ato de violência, talvez por ser uma pessoa diferenciada e pela formação profissional que tinha. A Associação Portuguesa pelos Direitos das Mulheres na Gravidez e no Parto (APDMGP, 2015) considera a violência obstétrica como, "...a violência institucional exercida sobre as mulheres no contexto da assistência à gravidez, parto e pós-parto. Inclui: recusa de tratamento, negligência em relação às necessidades e dor da mulher, humilhações verbais, violência física, práticas invasivas, uso desnecessário de medicação, intervenções médicas forçadas e não consentidas, desumanização ou tratamento rude".

Para Phaneuf (2005), a comunicação é a principal ferramenta terapêutica dos enfermeiros, permitindo conhecer a personalidade, o ambiente de vida do doente e a qualidade dos cuidados, ou seja, uma das funções principais da comunicação é a transmissão de mensagens. Contudo, Stefanelli & Carvalho (2004) realça uma outra função fundamental relativa à comunicação em enfermagem, nomeadamente "o estabelecimento de relacionamento significativo com o doente", que foi o que procurei estabelecer com a puérpera, uma relação baseada na confiança para que pudesse partilhar todos as suas dúvidas, receios e medos.

A puérpera contou que tinha programado e idealizado um parto diferente, "eu tinha até um plano de parto em mente" (sic). Tudo o que ela tinha imaginado e idealizado revelou-se diferente e contrário do que estava à espera.

Chorou durante o relato desta sua experiência, e as suas palavras transmitiam uma profunda tristeza e mágoa por aquilo que tinha passado. Referiu que, foi ignorada quanto à sua vontade e opinião sobre a posição de parto, tendo sido obrigada a colocar-se na posição supina no período expulsivo. Não lhe foi dada qualquer alternativa, referindo “pari numa posição bastante desconfortável para mim e para o meu bebé e como se não bastasse tive que ser suturada” (sic). Referiu também que alguns profissionais foram desumanos consigo, tendo dito no final da conversa que sentiu confiança em mim para contar esta experiência no entanto, nunca mais queria falar nela.

Segundo Ribeiro (2012), o respeito pela vontade da pessoa assume-se como um valor fundamental da relação de ajuda, sendo considerado a base de qualquer relacionamento e constituindo um modelo determinante para a ação de conforto.

A ligação estabelecida com esta puérpera foi eficaz pois consegui estabelecer uma relação de confiança e compreender a parturiente. Lazure (1994) refere que, a relação de ajuda “(...) engloba não só a presença física do enfermeiro junto do doente mas também todo o seu ser”. Quando planeamos os cuidados, devemos ter a noção de que aquela parturiente é uma pessoa única, que tem as suas próprias vivências, que devem ser respeitadas. “Respeitar-se é acreditar que somos seres únicos capazes de decidir o que é melhor para nós...respeitar o cliente é aceitar humanamente a sua realidade presente de ser único, é demonstrar-lhe verdadeira consideração por aquilo que ele é...” Lazure (1994).

A experiência permite a construção de conhecimentos e competências que facilitam a interpretação e resolução de situações futuras, melhorando a qualidade dos cuidados de enfermagem. Estas competências desenvolvem-se ao longo da vida de forma gradativa e em vários contextos (Benner, 2001).

## Referências Bibliográficas:

APDMGP - Associação Portuguesa pelos Direitos das Mulheres na Gravidez e no Parto (2015). *Experiências de Parto em Portugal – 2012-2015*. Lisboa, 2015. Acedido a 10/07/2017. Disponível em: [http://www.associacaogravidezparto.pt/wp-content/uploads/2016/08/Experi%C3%Aancias\\_Partos\\_Portugal\\_2012-2015.pdf](http://www.associacaogravidezparto.pt/wp-content/uploads/2016/08/Experi%C3%Aancias_Partos_Portugal_2012-2015.pdf)

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.

Cavaco, C. (2009). Experiência e formação experiencial: a especificidade dos adquiridos experienciais. *Educação Unisinos*. 13 (3) 220-227.

Lazure, H. (1994). *Viver a Relação de Ajuda: abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira*. Lisboa: Lusodidacta.

Pereira, E. G. A. (2001). Promoção da Reflexão na Prática Clínica. *Revista Investigação em Enfermagem*, 4, 12-19.

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevistas, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.

Rézette, S. (2010). *Psicologia Clínica em Cuidados de Enfermagem*. Loures: Lusociência.

Ribeiro, P. C. P. S. V. (2012). *A Natureza do Processo de Conforto ao Doente Idoso Crónico em Contexto Hospitalar, Construção de uma Teoria Explicativa, Projeto Integrado de Vivência e Cuidado Co-criado*. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Dissertação de Doutoramento em Enfermagem. Lisboa.

Stefanelli, M. C. & Carvalho, E. C. (2004). *A Comunicação nos diferentes contextos da enfermagem*. São Paulo: Manole.

Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*. (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

## Apêndice 3 – Sessão de Formação no CPNP

### Violência Obstétrica e Plano de Parto

**Violência Obstétrica** é definida como “[...] a violência institucional exercida sobre as mulheres no contexto da assistência à gravidez, parto e pós-parto. Inclui: recusa de tratamento, negligência em relação às necessidades e dor da mulher, humilhações verbais, violência física, práticas invasivas, uso desnecessário de medicação, intervenções médicas forçadas e não consentidas, desumanização ou tratamento rude”  
(APDMGR 2015)

#### PERSPETIVA DAS MULHERES SOBRE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA:

- ▶ Por estar focada no nascimento do seu filho, a vítima pode não se abalar tanto com a violência obstétrica no momento em que a sofre;
- ▶ Pouco reconhecida enquanto um ato violento, pois, no mesmo momento que ela ocorre, as mulheres estão a viver marcantes emoções, que as fazem calar;
- ▶ Muitas mulheres sofreram nos seus partos violência obstétrica, mas não a identificam como tal, pensam que são atos que têm de ser realizados e, que o profissional de saúde é a pessoa que detém a capacidade para tomar decisões no momento do parto;
- ▶ Desconhecem o tema;
- ▶ Muitas mulheres assumem atitudes de passividade e silêncio, com medo de represálias.

Obelva, Costa, Monteiro, Veraci B da Rocha SA (2017)

Parto  
Humanizado

Os profissionais devem:

- Usar o mínimo de intervenções e procedimentos desnecessários;
- Respeitar e aceitar as decisões das parturientes, assim como os seus direitos;
- Prestar cuidados individualizados e humanizados;
- Dar apoio emocional às mulheres, sem se tornar autoritários e levando em consideração a autonomia das mesmas.

Erradicação  
da Violência  
Obstétrica

“As mulheres precisam conhecer e entender seus direitos para poder assim questionar, denunciar e tentar ao menos extirpar os casos de violência”.

Silva, Lucena, Denlinger, Monteiro & Moura (2016)

#### Direitos das Mulheres na Gravidez e Parto

- ▶ Todas as mulheres têm direito a serem bem tratadas e estarem fora de perigo.
- ▶ Todas as mulheres têm direito à informação, consentimento informado ou recusa informada e respeito pelas suas escolhas e preferências.
- ▶ Todas as mulheres têm direito à privacidade e à confidencialidade.
- ▶ Todas as mulheres têm o direito a serem tratadas com dignidade e respeito.
- ▶ Todas as mulheres têm o direito à igualdade no tratamento que recebem, e a não serem discriminadas.
- ▶ Todas as mulheres têm direito a serviços de saúde.
- ▶ Todas as mulheres têm o direito à liberdade, autonomia, autodeterminação e liberdade de coação.

APDMGP (2015)



Apoio às mulheres vítimas de violência obstétrica + apoio jurídico e psicológico

<http://www.associacaogrelhosparto.pt>  
Telmovel: +351 962 761365

#### E se quiser apresentar queixa?

- ▶ Para apresentar queixa o primeiro passo é escrever um relato sobre o parto, descrevendo o que aconteceu. A associação para os direitos da mulher na gravidez e no parto aconselha a apresentação de queixa junto da entidade reguladora da saúde através do livro de reclamações. Se a queixa for contra um profissional de saúde específico, também pode ser apresentada reclamação nos termos dos médicos ou enfermeiros (sem carta dirigida ao bastonário da ordem).

### Parto

É um processo normal e natural, um período vulnerável para a saúde da mulher, em que o ambiente e as intervenções hospitalares exercem grande influência.



### Prática Desejada

Os cuidados devem estar baseados:

Na informação  
No respeito  
Na participação das mulheres nas  
decisões



ATENÇÃO HUMANIZADA

## Plano de Parto - 1º Conceito



“Um plano de parto e nascimento é um documento escrito, de caráter legal, em que a mulher grávida, após receber informação sobre a gravidez e o processo de parto, e considerando os seus valores e desejos pessoais, além das expectativas criadas sobre seu parto ao longo da gravidez, e atendendo também às suas necessidades particulares, devem ajustar durante o período pré-natal, quais alternativas, dentro da boa prática (...)”

Hitzinger, 1783/USA

## Plano de Parto - Atualidade

- ✓ Retrata um novo momento na saúde materna, no qual as mulheres estão, novamente, a ganhar protagonismo no seu parto.



## Plano de Parto - Atualidade

Resolução da Assembleia da República n.º 175/2017

Recomenda ao Governo medidas para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde materna e assegurar os direitos das mulheres na gravidez e no parto

A Assembleia da República resolve, nos termos do n.º 5 do artigo 166.º da Constituição, recomendar ao Governo que:

1 — Inicie, após o mandato programático para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde materna e assegurar o direito das mulheres a uma assistência digna e respeitosa, normalizada, durante a gravidez e parto, junto do presidente da saúde materna e obstétrica, envolvendo todos os intervenientes e dando cumprimento às recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS).

5 — Implemente um plano de parto institucional.



## Plano de Parto

...origina-se no respeito ao princípio bioético de autonomia, aumentando assim o controle das mulheres sobre o processo do parto, contribuindo para produzir um efeito positivo sobre a satisfação, servindo como ferramenta importante na preparação para o parto, e diminuindo “os medos” da mulher graças a informação e a comunicação proporcionadas, constituindo um processo de reflexão ...

Stenkin P. - 2007



## Plano de Parto

- ▶ É um documento de intenções, na qual a grávida declara qual é o cuidado que espera para si e para o seu bebé, durante o nascimento.
- ▶ Apresenta quais os procedimentos médicos e intervenções que aceita/gostaria ser ou não submetida, quais são as suas expectativas, como quer ser tratada!



## Evidências Científicas - Boas Práticas

Recomendações da OMS (Organização Mundial da Saúde) no atendimento ao Parto Normal (1996):

- A) Condutas que são claramente úteis e que deveriam ser encorajadas;
- B) Condutas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas;
- C) Condutas frequentemente utilizadas de forma inapropriadas;
- D) Condutas frequentemente utilizadas de modo inadequado.

## Preparação para a Parentalidade



## Plano de Parto

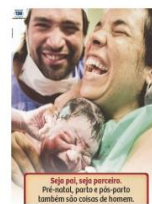
- ▶ Auxilia na comunicação entre a mulher e a equipa que estará presente no parto;
- ▶ Documento que contém os desejos da mulher para o momento do parto, muitas vezes difíceis de comunicar verbalmente;
- ▶ Ao elaborar um plano de parto, o casal familiariza-se com termos médicos e fica a conhecer melhor a fisiologia do trabalho de parto e parto, empoderando-se assim de informações pertinentes;
- ▶ A elaboração deste documento tranquiliza a mãe e por consequência o recém-nascido e o pai, o que incentiva a um parto com menos necessidade de intervenção!



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

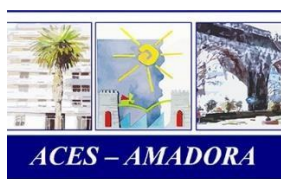
- ▶ APDMGP (Associação Portuguesa pelos Direitos das Mulheres na Gravidez e no Parto) (2015). Experiências de parto em Portugal - Inquérito às mulheres sobre as suas experiências de Parto - 2012-2015. Lisboa, 2015. Disponível em: [http://www.associacaogravidezparto.pt/wp-content/uploads/2015/10/expericias\\_eaancias\\_parto\\_portugal\\_2012-2015.pdf](http://www.associacaogravidezparto.pt/wp-content/uploads/2015/10/expericias_eaancias_parto_portugal_2012-2015.pdf) Acedido a 10/02/2018.
- ▶ Kitzinger, S. (1980). The complete Book of Pregnancy. A. Knopf
- ▶ Oliveira, T. R., Costa, R. E. O. L., Monte, N. L., Veras, J. M. D. M. F. & Rocha Sá, M. L. M. (2017). Percepção das mulheres sobre violência obstétrica. *Revista de enfermagem UFPE on line* issn: 1981-8963, 11(1), 40-46.
- ▶ Resolução da Assembleia da República nº175/2017 (2017). Medidas para melhorar a qualidade dos cuidados de Saúde Materna e assegurar os cuidados das mulheres na gravidez e no parto. Diário da República I Série, N.º 148 (2017-08-02) 4440 - 4441.
- ▶ Simkin R. (2007). Birth Plans: After 25 years, women still want to be heard.
- ▶ Un Women - United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women (2013). Voices against violence. Acedido a 15/02/2018. Disponível em: <http://www.unwomen.org/~media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2013/10/voicesagainstviolence-handbook-en%20pdf.pdf>.
- ▶ WHO (World Health Organization) (1996). Appropriate Technology for Birth. Assistência ao Parto Normal: um guia prático.

Obrigada!



Desejamos um Parto seguro e feliz a todas e ... todos !

## Apêndice 4 – Exemplar de Plano de Parto



---

### Plano de Parto

O plano de parto é um documento escrito pela grávida e pessoa significativa, e deve refletir os seus desejos e expectativas para o trabalho de parto, parto e pós-parto. Este documento deve servir de guia para os profissionais de saúde que cuidam da grávida no Bloco de Partos e deve ser elaborado com o auxílio de um profissional que oriente o casal para as melhores práticas ou durante a frequência do Curso de Preparação para a Parentalidade.

Recomenda-se à grávida/casal que visitem o hospital de referência para conhecer as opções que têm ao seu dispor e tomar uma decisão baseada num conhecimento prévio.

É fundamental entender que o parto não é um acontecimento previsível, pelo que poderá ser necessário adaptar o plano de parto em conformidade com a evolução do mesmo.

É de realçar que todas as expectativas e planos de parto estão sujeitos a uma avaliação clínica e pode ser necessária a realização de algumas técnicas com vista o bem-estar materno e fetal, nomeadamente (indução do trabalho de parto, rutura artificial da bolsa amniótica, administração de ocitocina, monitorização fetal contínua, impossibilidade de levante, recurso a ventosa/fórceps, episiotomia ou avanço para cesariana).

O plano de parto deve acompanhar a grávida durante todo o trabalho de parto.



## Plano de Parto

Nome Completo: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Pai/Pessoa significativa: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Local de vigilância da gravidez \_\_\_\_\_ Data provável do parto: \_\_\_\_\_

Partos anteriores: \_\_\_\_\_ Tipo de Parto: \_\_\_\_\_

<b>Procedimentos durante a admissão:</b>	
Administração de microclister	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Tricotomia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Indução do trabalho de parto	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>Ambiente e acompanhante durante o trabalho de parto e parto:</b>	
A pessoa que quero que me acompanhe durante o parto é:	
Uso de roupa pessoal	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Música	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Luz suave	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Máximo silêncio possível	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Número limitado de pessoas na sala de partos	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>Procedimentos durante o Trabalho de Parto:</b>	
Colocação de acesso venoso só quando for mesmo necessário	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Ingestão de líquidos	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Liberdade de movimento (caminhar, utilização da bola de partos)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Uso de duche	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Observações vaginais limitadas	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Ruptura artificial de bolsa amniótica	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Uso de ocitocina	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>Avaliação do Bem-Estar fetal:</b>	
Monitorização externa intermitente	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Monitorização externa contínua	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Auscultação com doppler	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

<b>Métodos para alívio da dor:</b>	
Métodos não farmacológicos (massagens, bola, água, frio/calor)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Métodos farmacológicos	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Analgesia epidural	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Informação sobre a influência do uso de sedativos, analgésicos ou anestésicos na amamentação	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>Procedimentos durante o Período Expulsivo:</b>	
Posição ginecológica	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Iniciar esforços expulsivos só quando tiver vontade	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Toque da cabeça do bebé assim que começar a coroar	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Episiotomia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>Nascimento do bebé:</b>	
Corte do cordão umbilical quando deixar de pulsar	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Corte do cordão umbilical pela mãe/acompanhante	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Contacto pele-a-pele imediatamente após o nascimento do bebé	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Primeiros cuidados ao bebé prestados perto da mãe/acompanhante	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Início do aleitamento materno na primeira meia hora de vida	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Promoção de tempo sós: mãe/acompanhante/bebé	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>Estadia no hospital:</b>	
Alojamento conjunto	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Amamentação em horário livre	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Informação de todos os cuidados prestados ao bebé	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Presença da mãe em todos os procedimentos realizados ao bebé	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Primeiro banho do bebé dado pela mãe/companheiro	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Para além dos itens assinalados gostaria ainda:

---



---

Assinatura: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

EEESMO: \_\_\_\_\_









## VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

**INQUÉRITO SOBRE "ATENDIMENTO AO PARTO HOSPITALAR EM PORTUGAL: VIVÊNCIAS DAS MULHERES" – ROHDE (2016):**

- "Um médico que me fez um exame de toque forçou a dilatação do colo e não parou apesar de eu gritar NÃO! Depois disso disse "tinha 5 [centímetros de dilatação] agora tens 6", virou as costas e foi-se embora"
- "Um dos toques foi tão doloroso que gritei e disseram-me para estar calma e colaborar"
- "Apesar de um apoio ótimo no início do trabalho de parto, com a mudança para a sala de partos senti muita pressão (para ficar deitada com CTG contínuo, para receber oxitocina sintética, rebentaram a bolsa sem me informarem e esperar consentimento...). Quando disse que não queria oitocina a resposta de uma das médicas foi "se não queres um parto assistido que ficasse em casa ou tivesse a criança no jardim."

## VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

**INQUÉRITO ÀS MULHERES SOBRE AS SUAS EXPERIÊNCIAS DE PARTO - APDMGP (2015):**

- "Logo quando fui admitida, entreguei o meu plano de parto e mostrei-me aberta ao diálogo. As enfermeiras foram maravilhosas - leram o plano, discutiram algumas dúvidas (sem nunca pressionar em nenhum sentido) e ao longo do parto, respeitaram EM ABSOLUTO esse mesmo plano."
- "Foi a atitude das enfermeiras, que leram e discutiram comigo, sem condescendência, o meu plano de parto, e tudo fizeram para que este fosse cumprido, estabelecendo desde o princípio um clima de confiança, descontração e boa disposição que - estou certa - em tudo contribuiu para que o meu corpo fizesse aquilo para o qual foi desenhado (partir)!"

APDMGP (2015)

## VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

**DIREITOS DAS MULHERES NA GRAVIDEZ E PARTO**

- Todas as mulheres têm direito a serem bem tratadas e estarem fora de perigo.
- Todas as mulheres têm direito à informação, consentimento informado ou recusa informada e respeito pelas suas escolhas e preferências.
- Todas as mulheres têm direito à privacidade e à confidencialidade.
- Todas as mulheres têm o direito a serem tratadas com dignidade e respeito.
- Todas as mulheres têm o direito à igualdade no tratamento que recebem, e a não serem discriminadas.
- Todas as mulheres têm direito a serviços de saúde.
- Todas as mulheres têm o direito à liberdade, autonomia, autodeterminação e liberdade de coação.

APDMGP (2015)

## VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA



**Apoio às mulheres vítimas de violência obstétrica + apoio jurídico e psicológico**

<http://www.associacaoportuguesa.pt>  
Teléfono: +351 967 761 925

**E se quiser apresentar queixa?**

- Para apresentar queixa o primeiro passo é escrever um relato sobre o parto, descrevendo o que aconteceu. A associação para os direitos da mulher na gravidez e no parto aconselha a apresentação de queixa junto da entidade reguladora da saúde através do livro de reclamações. Se a queixa for contra um profissional de saúde específico, também pode ser apresentada reclamação nos órgãos dos médicos ou enfermeiros (em carta dirigida ao bastardo da ordem).

## VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA



**Direito à Integridade Corporal**  
Onde está o respeito à nossa intimidade, história pessoal, tempo e decisões ????



**NÃO A LA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA!**



**Tem o marido do lado...**

## VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

<https://www.youtube.com/watch?v=uJ-1Qe8sfZw>

<https://www.youtube.com/watch?v=PmngQaUPxw>

<https://www.youtube.com/watch?v=LF2Dp0Nlxs&t=54s>

## PRÁTICA DESEJADA

Os cuidados devem estar baseados:

- No informação
- No respeito
- Na participação do casal nas decisões

↓

**ATENÇÃO HUMANIZADA**



## PLANO DE PARTO – 1º CONCEITO

“Um plano de parto e nascimento é um documento escrito, de caráter legal, em que a mulher grávida, após receber informação sobre a gravidez e o processo de parto, e considerando os seus valores e desejos pessoais, além das expectativas criadas sobre seu parto ao longo da gravidez, e atendendo também às suas necessidades particulares, devem ajustar durante o período pré-natal, quais alternativas, dentro da boa prática [...]”

Foi descrito por Sheila Kitzinger em 1980, nos EUA. Os países anglo-saxónicos usam este documento e começaram a utilizá-lo para exigir um parto menos intervencionista.

KITZINGER, 1980/USA

## PLANO DE PARTO - ATUALIDADE

OMS – recomenda o uso do Plano de parto desde 1986

EUROPA – em 1993 em Inglaterra, era usado em 78% das salas de parto.

ESPAÑA – foi implementado em 2007.

PORTUGAL – agosto de 2017: resolução da Assembleia da Republica Nº 175/2017

A cartoon illustration of a pregnant woman with red hair sitting in a yellow birthing pool. A midwife in a blue uniform is kneeling next to the pool, holding a green exercise ball. The scene is set on a light blue background with a small red stool and a green ball nearby.

## PLANO DE PARTO - ATUALIDADE

**Resolução da Assembleia da República n.º 175/2017**

**Recomenda ao Governo medidas para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde materna e assegurar os direitos das mulheres na gravidez e no parto**

A Assembleia da República resolve, nos termos da n.º 5 do artigo 164.º da Constituição, recomendar ao Governo que:

- 1 - Inicie, atualize e mantenha programas para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde materna e assegurar o direito das mulheres a uma assistência à saúde respeitosa, recomendando durante a gravidez e o parto, junto dos profissionais de saúde materna e obstétrica, envolvendo todas as interessadas e dando cumprimento às recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS).

**5 – Implemente um plano de parto institucional.**



**PLANO DE PARTO**

Regista as preferências da grávida para o trabalho de parto, parto e pós-parto. Deve ser claro e conciso, contendo a informação que a grávida achar relevante.

APDMGP (2015)

A partir de 1996, com a publicação do guia “Cuidados no Parto Normal: um guia prático” elaborado pela OMS, surgem vários documentos em defesa do parto normal.

Início do empoderamento das mulheres, que alcança seu expoente máximo com o documento Plano de Parto.

Cecília, Brenner, Jordana & Raulo (2015)

## PLANO DE PARTO

- É um documento de intenções, na qual a grávida declara qual é o cuidado que espera para si e para o seu bebê, durante o nascimento.
- Apresenta quais os procedimentos médicos e intervenções que aceita /gostaria ser ou não submetida, quais são as suas expetativas,

**COMO QUER SER TRATADA!**

A colorful cartoon illustration of a pregnant woman with long red hair, wearing a blue hospital gown, holding her belly. She is standing next to a male doctor with dark skin and a beard, wearing a white lab coat. They are both smiling. The background is a circular frame with green foliage.

## PLANO DE PARTO

- Auxílio na comunicação entre a mulher e o equipo que estará presente no parto;
- Documento que contém os desejos da mulher para o momento do parto, muitas vezes difíceis de comunicar verbalmente;
- Ao elaborar um plano de parto, o casal familiariza-se com termos médicos e fica a conhecer melhor a fisiologia do trabalho de parto e parto, empoderando-se assim de informações pertinentes;
- A elaboração deste documento tranquiliza a mãe e por consequência reduz o medo e o pânico, o que incentiva a um parto com menos necessidade de intervenção;
- Aumento do controle das mulheres sobre o processo do parto;
- Serve como ferramenta importante na preparação para o parto;
- Diminui "os medos" da mulher graças à informação e comunicação proporcionadas;
- Constitui um processo de reflexão para as mulheres;
- Orienta a atenção de saúde prestada ao longo de todo o processo.

CC-BY-SA 4.0

[illegible]

```
graph TD; L[LEGISLAÇÃO] --> A[não existe legislação específica que juridicamente proteja o plano de parto;]; L --> B[há normas em leis nacionais e internacionais - de aplicabilidade direta e indireta em Portugal - que são passíveis de proteger a vontade que é expressa no plano de parto.]; A --> C((art. 28º, 14º e 16º do código penal português)); A --> D((art. 3º e 8º do consenso europeu dos direitos humanos)); B --> E((art. 3º, 6º, 8º e 9º da convenção dos direitos do homem e biomedicina (consenso))); E --> C; E --> D; C --> F[Consentimento informado, não-vingas e tratamento médico-quirúrgico]; D --> G[Proibição da tortura. Direito ao respeito pela vida privada e familiar]; E --> H[Autonomia e responsabilidade individual, Consentimento informado, Respeito pela vulnerabilidade humana e integridade pessoal, Não-tribuna e confidencialidade];
```

**LEGISLAÇÃO**

- não existe legislação específica que juridicamente proteja o plano de parto;
- há normas em leis nacionais e internacionais - de aplicabilidade direta e indireta em Portugal - que são passíveis de proteger a vontade que é expressa no plano de parto.

**APDMPG (2015)**

**art. 28º, 14º e 16º do código penal português**

**art. 3º e 8º do consenso europeu dos direitos humanos**

**art. 3º, 6º, 8º e 9º da convenção dos direitos do homem e biomedicina (consenso)**

- Consentimento informado, não-vingas e tratamento médico-quirúrgico
- Proibição da tortura. Direito ao respeito pela vida privada e familiar
- Autonomia e responsabilidade individual  
- Consentimento informado  
- Respeito pela vulnerabilidade humana e integridade pessoal  
- Não-tribuna e confidencialidade



## EVIDÊNCIA CIENTÍFICA - BOAS PRÁTICAS

Recomendações da OMS (Organização Mundial da Saúde) no atendimento ao Parto Normal (1996):

- A) Condutas que são claramente úteis e que deveriam ser encorajadas;
- B) Condutas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas;
- C) Condutas frequentemente utilizadas de forma inapropriadas;
- D) Condutas frequentemente utilizadas de modo inadequado.

## EVIDÊNCIA CIENTÍFICA - BOAS PRÁTICAS

Recomendações da OMS (Organização Mundial da Saúde) no atendimento ao Parto Normal (1996):

- A) Condutas que são claramente úteis e que deveriam ser encorajadas;
- B) Condutas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas;
- C) Condutas frequentemente utilizadas de forma inapropriadas;
- D) Condutas frequentemente utilizadas de modo inadequado.

- ## EVIDÊNCIA CIENTÍFICA - BOAS PRÁTICAS
- Recomendações da OMS (Organização Mundial da Saúde) no atendimento ao Parto Normal (1996):
- A) Condutas que são claramente úteis e que deveriam ser encorajadas;
  - B) Condutas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas;
  - C) Condutas frequentemente utilizadas de forma inapropriadas;
  - D) Condutas frequentemente utilizadas de modo inadequado.

Para Barros, Lipinski, Sehnem, Rodrigues & da Silva Zambiasi (2017)

O plano de parto pode ser elaborado em qualquer momento da gravidez, ainda que o momento ideal seja entre a 28ª e 32ª semana, considerando que, nesse período a mulher começa a pensar mais ativamente na experiência do parto e a ansiedade intensifica-se, entretanto, ainda terá algumas semanas para refletir sobre suas preferências.

Para Barros, Lipinski, Sehnem, Rodrigues & da Silva Zambiasi (2017)

O plano de parto pode ser elaborado em qualquer momento da gravidez, ainda que o momento ideal seja entre a 28ª e 32ª semana, considerando que, nesse período a mulher começa a pensar mais ativamente na experiência do parto e a ansiedade intensifica-se, entretanto, ainda terá algumas semanas para refletir sobre suas preferências.

São Linhas diretrizes que poderão ou não acontecer, dependendo do decorrer do trabalho de parto e do estado corrente da diade mãe-bebê. O parto pela sua natureza é um evento impositivo de prever e onde tudo pode mudar de repente. Como tal, é importante a grávida encerrar o Plano de Parto como desejos e não como um conjunto de regras que serão seguidas à risca.

APDMGP (2015)

Dependendo das maternidades ou hospitais, o plano de parto pode se enviado por e-mail, por carta ou entregue na altura da admissão da grávida em trabalho de parto.

APDMGP (2015)

São Linhas diretrizes que poderão ou não acontecer, dependendo do decorrer do trabalho de parto e do estado corrente da diade mãe-bebê. O parto pela sua natureza é um evento impositivo de prever e onde tudo pode mudar de repente. Como tal, é importante a grávida encerrar o Plano de Parto como desejos e não como um conjunto de regras que serão seguidas à risca.

APDMGP (2015)

Dependendo das maternidades ou hospitais, o plano de parto pode se enviado por e-mail, por carta ou entregue na altura da admissão da grávida em trabalho de parto.

APDMGP (2015)

São Linhas diretrizes que poderão ou não acontecer, dependendo do decorrer do trabalho de parto e do estado corrente da diade mãe-bebê. O parto pela sua natureza é um evento impositivo de prever e onde tudo pode mudar de repente. Como tal, é importante a grávida encerrar o Plano de Parto como desejos e não como um conjunto de regras que serão seguidas à risca.

APDMGP (2015)

Dependendo das maternidades ou hospitais, o plano de parto pode se enviado por e-mail, por carta ou entregue na altura da admissão da grávida em trabalho de parto.

APDMGP (2015)

São Linhas diretrizes que poderão ou não acontecer, dependendo do decorrer do trabalho de parto e do estado corrente da diade mãe-bebê. O parto pela sua natureza é um evento impositivo de prever e onde tudo pode mudar de repente. Como tal, é importante a grávida encerrar o Plano de Parto como desejos e não como um conjunto de regras que serão seguidas à risca.

APDMGP (2015)

Dependendo das maternidades ou hospitais, o plano de parto pode se enviado por e-mail, por carta ou entregue na altura da admissão da grávida em trabalho de parto.

APDMGP (2015)

[illegible][illegible]

- [illegible]



## Apêndice 7 – Planeamento da Sessão de Formação MAC

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA					
8º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia					
“Violência Obstétrica no Trabalho de Parto”		População – Alvo: Enfermeiros do Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia da Maternidade Alfredo da Costa			
Preletora: Marilyn Raposo Lopes (AEESMO)		Local: Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia da Maternidade Alfredo da Costa			
Data: 29/06/2018					
Duração: 20min					
<b>Objetivo Geral:</b>					
✓ Refletir com os Profissionais de Saúde sobre Violência Obstétrica no Trabalho de Parto					
<b>Objetivos Específicos:</b>					
✓ Divulgar o conceito de Violência Obstétrica no Trabalho de Parto					
✓ Divulgar a Perspetiva das Mulheres sobre Violência Obstétrica no Trabalho de Parto, de acordo com a evidência científica					
✓ Identificar estratégias para a prevenção da Violência Obstétrica no Trabalho de Parto, promovendo o Plano de Parto					
Etapas	Conteúdos	Método	Estratégias	Recursos Materiais	Tempo
Introdução	✓ Apresentação pessoal ✓ Apresentação do tema ✓ Apresentação dos objetivos da sessão	Expositivo		PowerPoint	2min
Desenvolvimento	✓ Conceito de Violência e Violência Obstétrica ✓ Perspetiva das Mulheres sobre Violência Obstétrica no Trabalho de Parto ✓ Apresentação de evidência científica sobre a temática ✓ Breve abordagem ao Plano de Parto	Expositivo		PowerPoint	10min
Conclusão	✓ Apresentação de um vídeo	Expositivo		Computador Internet	5min
Avaliação	✓ Avaliação dos objetivos	Questões em forma de questionário	Distribuição do questionário	Questionário de Avaliação	3min

## Apêndice 8 – Sessão de Formação da MAC

### Violência Obstétrica no Trabalho de Parto

#### Temática importante que:

- precisa cada vez mais ser abordada para se poder modificar comportamentos e para que o Trabalho de Parto seja um momento agradável, sem danos físicos e psicológicos e para que a mulher possa experienciar e vivenciar o parto como um evento seguro, sem rotinas, que respeite o sentimentos e emoções da mulher.

#### Objectivo Geral:

- Refletir com os profissionais de saúde sobre Violência Obstétrica no Trabalho de Parto

#### Objetivos Específicos:

- Divulgar o conceito de Violência Obstétrica
- Divulgar a Perspetiva das Mulheres sobre Violência Obstétrica no Trabalho de Parto, de acordo com a evidência científica
- Identificar estratégias para a Prevenção da Violência Obstétrica no Trabalho de Parto, promovendo o Plano de Parto

#### A violência contra as mulheres é definida como

"[...] qualquer ato de violência baseada em género que resulte, ou possa resultar em dano físico, sexual ou psicológico ou sofrimento a mulheres, incluindo as ameaças de tais atos, coerção ou privação arbitrária de liberdade, quer ocorra na vida pública ou privada"

(un women, 2013, p. 34)

**Violência Obstétrica** é definida como "[...] a violência institucional exercida sobre as mulheres no contexto da assistência à gravidez, parto e pós-parto. Inclui: recusa de tratamento, negligência em relação às necessidades e dor da mulher; humilhações verbais, violência física, práticas invasivas, uso desnecessário de medicação; intervenções médicas forçadas e não consentidas; desumanização ou tratamento rude"

(APDMGP, 2015)

**Violência Obstétrica** caracteriza-se por "imposições de intervenções que causem danos, ou comprometam a integridade física e psicológica da mulher, desrespeitando a sua autonomia" (Dias et al., 2015, p.1)

#### Os profissionais devem:

- Usar o mínimo de intervenções e procedimentos desnecessários;
- Respeitar e aceitar as decisões das parturientes, assim como os seus direitos;
- Prestar cuidados individualizados e humanizados;
- Dar apoio emocional às mulheres, sem se tornar autoritários e levando em consideração a autonomia das mesmas.

Parto Humanizado

Minimizar a Violência Obstétrica

#### Direitos das mulheres na Gravidez e Parto

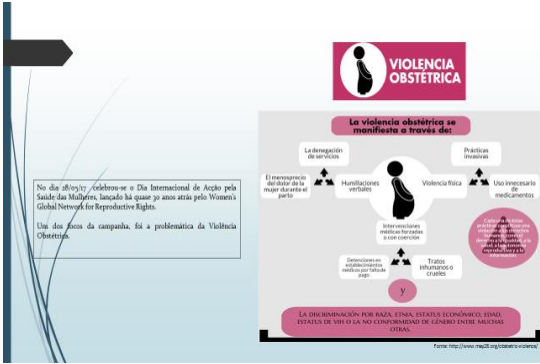
- Todas as mulheres têm direito a serem **bem tratadas** e estarem fora de perigo.
- Todas as mulheres têm direito à **informação, consentimento informado** ou recusa informada e **respeito pelas suas escolhas e preferências**.
- Todas as mulheres têm direito à **privacidade** e à **confidencialidade**.
- Todas as mulheres têm o direito a serem **tratadas com dignidade e respeito**.
- Todas as mulheres têm o direito à **igualdade no tratamento** que recebem, e a não serem discriminadas.
- Todas as mulheres têm direito a serviços de saúde.
- Todas as mulheres têm o direito à **liberdade, autonomia, autodeterminação e liberdade de coação**.

APDMGP (2015)



Apoio às mulheres vítimas de violência obstétrica + apoio jurídico e psicológico

<http://www.associacaoportuguesaparto.pt>  
Teléfono: +351 967 761 925



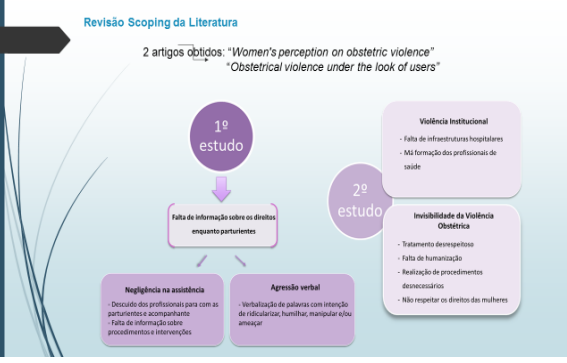
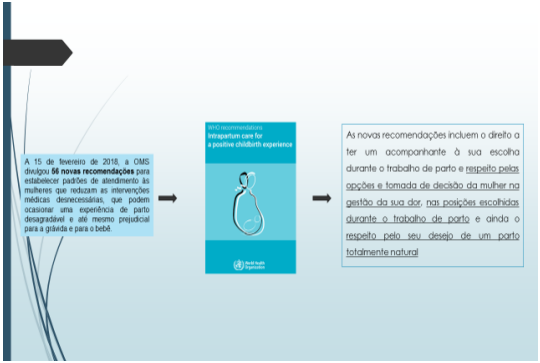
**Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**

**Declaração da OMS**

*Todo mulher tem direito ao parto seguro, digno e respeitoso, e a um cuidado de saúde digno e equitativo.*

**Medidas contra a Violência Obstétrica:**

- **maior apoio dos governos** para a pesquisa e ação contra o desrespeito e maus-tratos;
- **apoiar e manter programas** para melhorar a qualidade dos cuidados em saúde materna, com forte ênfase na **custódia respeitosa**;
- **dar ênfase aos direitos das mulheres** a uma assistência digna e respeitosa durante toda a gravidez e parto;
- **envolver todos os interessados** no sentido de melhorar a qualidade da assistência e eliminar o desrespeito e práticas abusivas;
- **proceder à responsabilização** ou apoio dos profissionais de acordo com os dados produzidos relativos às práticas respeitosas e desrespeitosas nos cuidados de saúde (WHO, 2014).



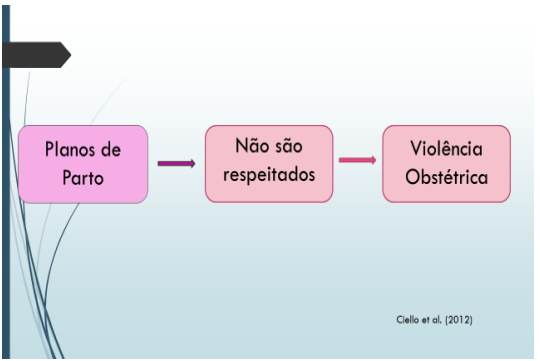
**Plano de Parto**

- Auxílio na comunicação entre a mulher e a equipa que estará presente no parto;
- Documento que contém os desejos da mulher para o momento do parto, muitas vezes difíceis de comunicar verbalmente;
- Ao elaborar um plano de parto, o casal familiariza-se com termos médicos e fica a conhecer melhor a fisiologia do trabalho de parto e parto, emponderando-se assim de informações pertinentes;
- A elaboração deste documento tranquiliza a mãe e por consequência o recém-nascido e o pai, o que incentiva a um parto com menos necessidade de intervenção;
- Aumenta o controle das mulheres sobre o processo do parto;
- Serve como ferramenta importante na preparação para o parto;
- Diminui "os medos" da mulher graças à informação e comunicação proporcionadas;
- Constitui um processo de reflexão para as mulheres;
- Orienta a atenção de saúde prestada ao longo de todo o processo.

Fonte: Barros, Lipinski & Roizen (2017)

Para Barros, Lipinski, Sehnem, Rodrigues & Zambalaz (2017)

**O plano de parto pode ser elaborado em qualquer momento da gravidez, ainda que o momento ideal seja entre a 28ª e 32ª semana, considerando que, nesse período a mulher começa a pensar mais ativamente na experiência do parto e a ansiedade intensifica-se, entretanto, ainda terá algumas semanas para refletir sobre suas preferências.**



**Plano de Parto – 1º Conceito**

"Um plano de parto e nascimento é um documento escrito, de caráter legal, em que a mulher grávida, após receber informação sobre a gravidez e o processo de parto, e considerando os seus valores e desejos pessoais, além das expectativas criadas sobre seu parto ao longo da gravidez, e atendendo também às suas necessidades particulares, devem ajustar durante o período pré-natal, quais alternativas, dentro da boa prática [...]"

Kitzinger, 1990/USA

## Papel do EEESMO

Segundo o Regulamento nº127/2011 de Competências do EEESMO:

- "Promove o plano de parto, aconselha e apoia a mulher na decisão";
- "Actua de acordo com o plano de parto estabelecido com a mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado".

Segundo a Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica – Parecer nº7/2012:

- O EEESMO fomenta a realização do plano de parto tanto na consulta de vigilância pré-natal como nos cursos de preparação para o nascimento, se tal for o desejo dos casais que têm ao seu cuidado;
- A excelência dos cuidados a prestar pelo EEESMO na sala de parto exige a observação do plano de parto apresentado pelos casais.

- “Promove o plano de parto, aconselha e apoia a mulher na decisão”;
- “Actua de acordo com o plano de parto estabelecido com a mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado”.

- O EESMO fomenta a realização do plano de parto tanto na consulta de vigilância pré-natal como nos cursos de preparação para o nascimento, se tal for o desejo dos casais que têm ao seu cuidado;
- A excelência dos cuidados a prestar pelo EESMO na sala de parto exige a observação do plano de parto apresentado pelos casais.



<https://www.youtube.com/watch?v=PnmjQsUPxIw>

[illegible]

- [illegible]



OBRIGADA PELA VOSSA ATENÇÃO

Apêndice 9 – Questionário de Avaliação da Formação

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO

Uma vez concluída esta Formação, importa proceder a uma avaliação do processo formativo, pelo que peço a sua colaboração no preenchimento deste questionário.

Tema: Violência Obstétrica no Trabalho de Parto Data: 29 de Junho de 2018

Preletora: Marilyn Raposo Lopes (AEESMO)

Por favor indique a sua opinião sobre a Formação realizada, colocando um X na coluna que melhor exprime a sua avaliação em cada um dos seguintes aspetos. A escala é a seguinte: 1 – Mau, 2 – Insuficiente, 3 – Suficiente, 4 – Bom, 5 – Muito Bom

1	2	3	4	5

- A Formação correspondeu às suas expetativas
- Contéudo adequado para a sua atividade profissional
- Duração da formação relativamente ao seu conteúdo
- Utilidade da informação fornecida
- Capacidade da Estudante para captar e manter o interesse
- Resultados alcançados com esta formação

Sugestões para melhorar:

Obrigada!

## Apêndice 10 – Poster sobre Violência Obstétrica no Trabalho de Parto apresentado no Congresso APEO

### PERSPETIVA DAS MULHERES SOBRE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO TRABALHO DE PARTO



#### Introdução

A elaboração desta comunicação encontra-se inserida no Ensino Clínico da Sala de Partos, do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

A evidência científica demonstra que muitas mulheres sofrem restrições e imposições que causam desconforto e sofrimento ao longo do Trabalho de Parto, não identificando as mesmas como atos de Violência, assumindo atitudes de passividade e silêncio, com medo de represálias. A Violência Obstétrica caracteriza-se por "imposições de intervenções que causem danos, ou comprometam a integridade física e psicológica da mulher, desrespeitando a sua autonomia" (Dias et al., 2015, p.1).

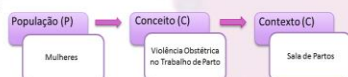
Esta é uma temática que precisa cada vez mais ser abordada para se poder modificar comportamentos e para que o Trabalho de Parto seja um momento agradável, sem danos físicos e psicológicos e para que a mulher possa experienciar e vivenciar o parto como um evento seguro, sem rotinas, que respeita os sentimentos e emoções da mulher.

#### Objetivos

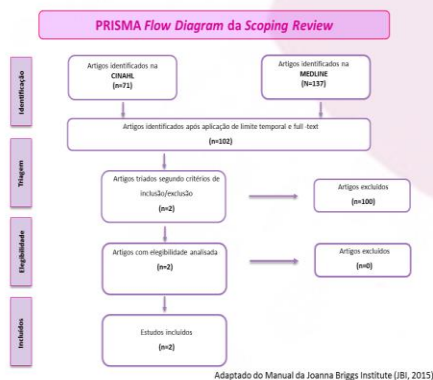
- Mapear a evidência científica no que diz respeito à Perspetiva das Mulheres sobre Violência Obstétrica no Trabalho de Parto;
- Refletir sobre a formação e práticas dos profissionais de saúde, no sentido de promover um parto humanizado e fisiológico.

#### Metodologia

Privilegiando a prática baseada na evidência, foi realizada uma *Scoping Review*, segundo as orientações da Joanna Briggs Institute (2015). A questão de investigação norteadora da *Scoping Review* foi: "Quais as perspetivas das Mulheres sobre Violência Obstétrica no Trabalho de Parto?".



Foi utilizada a plataforma EBSCOhost, selecionando como bases de dados a MEDLINE e CINAHL. A mnemónica PCC corresponde aos critérios de inclusão.



Adaptado do Manual da Joanna Briggs Institute (JBI, 2015)

Os dois artigos obtidos foram: "Women's perception on obstetric violence" e "Obstetrical violence under the look of users".

#### Resultados



#### Considerações dos Estudos:

- A falta de humanização durante o trabalho de parto e a desinformação das mulheres, torna-as mais vulneráveis à Violência Obstétrica;
- Para um parto humanizado, é preciso dar oportunidade à mulher de ser protagonista do seu parto;
- É importante que, os profissionais de saúde estabeleçam uma relação terapêutica com o casal para que a experiência de parto seja única, positiva e gratificante;
- As mulheres necessitam de ser empoderadas para que reconheçam o que é desfavorável ao seu Trabalho de Parto e Parto.

#### Conclusão

A evidência científica demonstra que a Violência Obstétrica é pouco reconhecida como ato violento, pois no momento em que ela ocorre, as mulheres encontram-se mais vulneráveis, vivenciando emoções que as fazem silenciar.

A falta de humanização durante o trabalho de parto, faz com que as mulheres não consigam reconhecer este tipo de violência, pois confiam e acreditam que os profissionais de saúde são detetores do conhecimento, aceitando que os procedimentos sejam realizados sem o questionar.

No decorrer da observação na Sala de Partos e com conversas informais com as mulheres tem sido possível verificar esta evidência científica. Pretende-se com este poster que, os profissionais de saúde tomem consciência da humanização do Parto e da Excelência que é o Cuidar na Sala de Partos.

#### Referências Bibliográficas

- JBI (2015). Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual: 2015 edition/ supplement. Methodology for JBI Scoping Reviews. Australia: The Joanna Briggs Institute.
- Dias, R. L., Silva, A. A., Pereira, B. B., Pereira, I. D. S. C., de Azevedo, M. B., & da Costa Gomes, S. K. (2015). Violência obstétrica: perspectiva da enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 9(2), 1-4.
- Oliveira, T. R., Costa, O. L., Enayafara, R., Monte, N. L., Vezas, I. M. M. F. & Sá, M. I. M. R. (2017). Women's perception on obstetric violence. *Journal of Nursing UFPE*, 11(3), 40-46.
- Silva, R. L. V., Lucena, K. D. T., Delvinger, L. D. S. C., Monteiro, A. C. C. & Moura, R. D. M. A. (2016). Obstetrical violence under the look of users. *Journal of Nursing UFPE on line*, 10(12), 4474-4480.

#### Autoras:

- **Marilyn Lopes**, Enfermeira Licenciada, Mestranda em Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, e-mail: marilynlopes@campus.esel.pt
- **Isabel Serra**, Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, Docente do Departamento de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, e-mail: isabelserra@esf.pt
- **Cecília Antunes**, Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica na Maternidade Alfredo da Costa, e-mail: antunes12@gmail.com



## Apêndice 11 – Artigo Revista APEO

### Perspetivas das mulheres sobre Violência Obstétrica no Trabalho de Parto

### Women's Perspectives on Obstetric Violence in Labor

### Perspectivas de las mujeres sobre Violencia Obstétrica en el Trabajo de Parto

Marilyn Raposo Lopes<sup>1</sup>

Isabel Gordinho Serra<sup>2</sup>

Cecília Artilheiro Silvestre<sup>3</sup>

#### Resumo

A evidência científica enfoca que muitas mulheres sofrem restrições e imposições que motivam desconforto e sofrimento durante o Trabalho de Parto, não as identificando, como atos de Violência, adotando atitudes de passividade e silêncio, com medo de retaliações. Objetivos: Mapear a evidência científica no que diz respeito à Perspetiva das Mulheres sobre Violência Obstétrica no Trabalho de Parto; Refletir sobre a formação e práticas dos profissionais de saúde, na promoção do parto humanizado e fisiológico. Metodologia: Realização de uma *Scoping Review*, segundo as orientações da *Joanna Briggs Institute*, com a questão de investigação: “Quais as perspetivas das Mulheres sobre Violência Obstétrica no Trabalho de Parto?”. Resultados: Os estudos evidenciam que, as mulheres sofrem com a carência de humanização durante o trabalho de parto, muitas delas admitem danos psicológicos decorrentes da violência obstétrica sofrida, o que desrespeita os direitos humanos das mulheres. A falta de informação torna-as mais vulneráveis a sofrer de violência, carecendo de conhecer e entender os seus direitos para que possa questionar e delatar atos de violência. Conclusão: A evidência científica corrobora que a Violência Obstétrica é pouco autenticada como ato violento, pois no momento em que ela ocorre, as mulheres encontram-se mais vulneráveis, vivenciando fortes emoções que as fazem silenciar. Palavras-chave: violência obstétrica, mulheres, trabalho de parto, sala de partos.

#### Abstract

The scientific evidence focuses on the fact that many women suffer restrictions and impositions that motivate discomfort and suffering during labor, not identifying them as acts of violence, adopting attitudes of passivity and silence for fear of retaliation. Objectives: To map the scientific evidence regarding the Perspectives of Women on Obstetric Violence in Labor; Reflect on the training and practices of health professionals in the promotion of humanized and physiological delivery. Methodology: Conducting a Scoping Review, according to Joanna Briggs Institute guidelines, with the research question: "What are the Women's Perspectives on Obstetric Violence in Labor?" Results: Studies show that women suffer from the lack of humanization during labor, many of them admit psychological damages resulting from obstetric violence, which disrespects the human rights of women. Lack of information makes them more vulnerable to violence, lacking knowledge and understanding of their rights so that they can question and report acts of violence. Conclusion: The scientific evidence corroborates that Obstetric Violence is little authenticated as a violent act, because at the moment it occurs, women find themselves more vulnerable, experiencing strong emotions that make them silent. Key words: obstetric violence, women, labor, delivery room.

---

<sup>1</sup> Enfermeira Licenciada, Mestranda em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, e-mail: marilynlopes@campus.esel.pt

<sup>2</sup> Professora Coordenadora do Departamento de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, e-mail: iserra@esel.pt

<sup>3</sup> Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica na Maternidade Alfredo da Costa, e-mail: artilharia1@gmail.com



## Resumen

La evidencia científica enfoca que muchas mujeres sufren restricciones e imposiciones que motivan incomodidad y sufrimiento durante el trabajo de parto, no identificando, como actos de violencia, adoptando actitudes de pasividad y silencio, con miedo de represalias. Objetivos: Mapear la evidencia científica en lo que se refiere a la Perspectiva de las mujeres sobre Violencia Obstétrica en el Trabajo de parto; Reflexionar sobre la formación y prácticas de los profesionales de la salud, en la promoción del parto humanizado y fisiológico. Metodología: Realización de una Scoping Review, según las orientaciones de la Joanna Briggs Institute, con la cuestión de investigación: "¿Cuáles son las perspectivas de las mujeres sobre la violencia obstétrica en el trabajo de parto?". Resultados: Los estudios evidencian que las mujeres sufren la carencia de humanización durante el trabajo de parto, muchas de ellas admiten daños psicológicos derivados de la violencia obstétrica sufrida, lo que no respeta los derechos humanos de las mujeres. La falta de información hace que sean más vulnerables a sufrir violencia, careciendo de conocer y entender sus derechos para que pueda cuestionar y delatar actos de violencia. Conclusión: La evidencia científica corrobora que la Violencia Obstétrica es poco autenticada como acto violento, pues en el momento en que ocurre, las mujeres se encuentran más vulnerables, viviendo fuertes emociones que las hacen silenciar. Palabras clave: violencia obstétrica, mujeres, trabajo de parto, sala de partos.

## Introdução

A violência contra a mulher manifesta-se de diversas formas sendo uma delas a Violência Obstétrica. Entende-se por Violência Obstétrica “o tipo de violência exercida pelo profissional de saúde sobre o corpo e os processos reprodutivos das mulheres” (Belli, 2013, p. 28). Para o mesmo autor, a violência obstétrica “constitui uma violação aos Direitos Humanos”. Conforme o artigo 5 da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, “os indivíduos e grupos particularmente vulneráveis devem ser protegidos, e deve ser respeitada a integridade pessoal dos indivíduos em causa” (UNESCO, 2006, s.p.).

A Violência Obstétrica caracteriza-se por “imposições de intervenções que causem danos, ou comprometam a integridade física e psicológica da mulher, desrespeitando a sua autonomia” (Dias et al., 2015, p.1). Para Andrade & Aggio (2014, p. 3), “a mulher e o seu corpo têm sido vistos como uma máquina, onde o engenheiro é o profissional médico que detém todo o saber sobre ela...mudando o foco da mulher para o procedimento, deixando-as mais vulneráveis à violência...”.

No trabalho de parto e parto, verifica-se que a violência obstétrica pode mostrar-se de diferentes formas, indo desde a não explicação e solicitação de consentimento para a realização de procedimentos, até à humilhação profunda, abusos verbais, falta de confidencialidade e privacidade, violência física e cuidado negligente durante o parto (Organização Mundial da Saúde - OMS, 2014, s.p.). Segundo Machado (2014, p. 16), pode haver violência obstétrica “em todas as técnicas aplicadas no parto e no corpo

das mulheres, as quais são levadas a cabo de forma rotineira sem respeitar a singularidade de cada processo”.

Esta é uma temática que precisa cada vez mais ser abordada para se poder modificar comportamentos e para que o Trabalho de Parto seja um momento agradável, sem danos físicos e psicológicos e para que a mulher possa experienciar e vivenciar o parto como um evento seguro, sem rotinas, que respeita os sentimentos e emoções da mulher. Segundo Gradim, Rennó, Ribeiro, Pacheco & Salles (2017, p. 1306), “as mulheres vivenciam e relatam condições desfavoráveis e prejudiciais ao nascimento, mas não reconhecem esses fatores como violência”.

Segundo os mesmos autores, torna-se evidente a necessidade de realizar novas pesquisas que demonstrem as diferentes percepções, sobre a temática por parte das mulheres, família, profissionais diversos, no sentido de “melhorar o atendimento às mulheres no parto e implementar políticas públicas” (Gradim et al., 2017, p. 1306).

A humanização dos cuidados no Trabalho de Parto e a prevenção de Violência Obstétrica no mesmo deve começar durante o período pré-natal, o que vai de encontro à competência definida pela Ordem dos Enfermeiros - OE (2010, s.p.): “cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal”, porque uma gestante que tenha recebido orientações, aconselhamento e informações adequadas neste período chega mais bem preparada ao hospital, quer emocionalmente, socialmente, fisicamente, assim como, detém melhor conhecimento sobre os seus direitos na assistência ao trabalho de parto, parto e puerpério.

O papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (EEESMO) é fundamental na prevenção da Violência Obstétrica no Trabalho de Parto, porque segundo a International Confederation of Midwives - ICM (2008, p. 2 e 3), no documento do “International Code of Ethics for Midwives”, o EEESMO “deve responder às necessidades psicológicas, físicas, emocionais e espirituais das mulheres que pedem assistência hospitalar, sejam quais forem as circunstâncias (não devem ser discriminadas)” e “o EEESMO compreende as consequências adversas que a violação dos direitos éticos e humanos tem sobre a saúde das mulheres e das crianças, e trabalham para acabar com essa violação” (ICM, 2008, p. 2 e 3).

Em 2014, foi emitida pela Organização Mundial da Saúde uma declaração intitulada: “Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus tratos durante o parto em instituições de saúde”, onde afirma que “toda a mulher tem direito ao melhor padrão atingível de saúde, o qual inclui o direito a um cuidado de saúde digno e respeitoso” (OMS, 2014, s.p.), promovendo uma assistência obstétrica humanizada.

Foram estabelecidas pela OMS (2014, s.p.) algumas medidas contra a violência obstétrica, nomeadamente: maior apoio dos governos para a pesquisa e ação contra o desrespeito e maus-tratos; apoiar e manter programas para melhorar a qualidade dos cuidados em saúde materna, com forte enfoque no cuidado respeitoso; dar ênfase aos direitos das mulheres a uma assistência digna e respeitosa durante toda a gravidez e parto; envolver todos os interessados no sentido de melhorar a qualidade da assistência e eliminar o desrespeito e práticas abusivas; proceder à responsabilização ou apoio dos profissionais de acordo com os dados produzidos relativos às práticas respeitadas e desrespeitadas nos cuidados de saúde (OMS, 2014, s.p.).

Para Ciello et al. (2012, s.p.), os Planos de Parto muitas vezes, não são respeitados e estas mulheres muitas vezes sofrem represálias e em situações extremas podem até mesmo passar por maiores situações de violência obstétrica. Assim, a realização do Plano de Parto pode ajudar a mulher a tomar decisões no momento do parto e a lutar pelos seus direitos, podendo expor as suas expectativas, procedimentos e intervenções que deseja e quais os que não aceita.

## METODOLOGIA

Privilegiando a prática baseada na evidência, foi realizada uma *Scoping Review*, segundo as orientações da *Joanna Briggs Institute* (2015). A formulação da questão de pesquisa baseou-se na mnemónica PCC: “Quais as perspetivas das Mulheres sobre Violência Obstétrica no Trabalho de Parto?”, em que a (P)opulação são as mulheres, o (C)onceito é a Violência Obstétrica no Trabalho de Parto e o (C)ontexto é a Sala de Partos.

Foi utilizada uma estratégia de pesquisa por três etapas, conforme preconizado no *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual* (JBI, 2015). Inicialmente, foi realizada uma pesquisa utilizando a plataforma *EBSCOhost*, limitada nas bases de dados *CINAHL Plus with Full Text* (*CINAHL Headings*) e *MEDLINE with Full Text* (*MeSH – 2017*), com base na

questão de pesquisa, com o intuito de analisar os termos de indexação usados para descrever os artigos. Nesta pesquisa, foram analisados o título e o resumo dos estudos encontrados, assim como os termos utilizados nesses artigos. Numa segunda etapa, foi feita pesquisa recorrendo às palavras-chave e aos termos de indexação identificados em ambas bases de dados. Por último, numa terceira etapa, serão utilizadas as referências bibliográficas dos artigos identificados para pesquisa de estudos adicionais. Posteriormente, foi feita uma lista de referência dos artigos selecionados, através da utilização dos operadores booleanos “AND” (quando se trate de conceitos diferentes) e “OR” (para agrupar as palavras que pertencem ao mesmo conceito), que permitiram chegar ao resultado final da pesquisa, de onde resultam todos os estudos que respondem ao cruzamento de todos os termos.

Os critérios de inclusão para a selecção dos artigos foram: artigos em *full text*, com limite temporal entre 2013-2018, escritos em português, inglês e espanhol e no âmbito da temática em estudo (após a leitura do título e resumo). Foram também incluídos os estudos descritivos, exploratórios, quantitativos, qualitativos e revisões sistemáticas da literatura. Serão excluídos, todos os artigos sem relação com a problemática em estudo, que estejam escritos noutras línguas que não o Português, Inglês ou Espanhol; publicados antes de 2013 e que se encontrem repetidos nas duas bases de dados consultadas.

Tal como apresentado na Figura 1, a pesquisa identificou 208 estudos potencialmente relevantes. Destes, 106 foram excluídos após aplicação de limite temporal e *full-text*; dos restantes 102 estudos, 100 foram excluídos após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, tendo-se obtido um total de 2 artigos: “*Women's perception on obstetric violence*” e “*Obstetrical violence under the look of users*”.

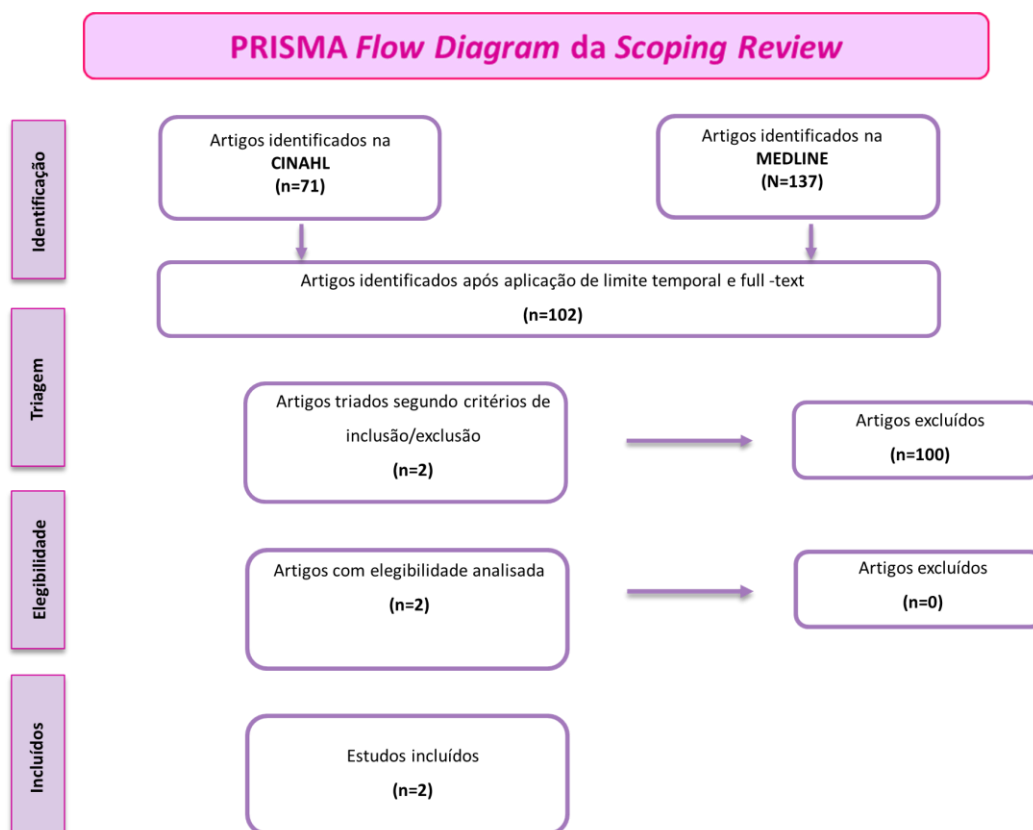


Figura 1 - Fluxograma PRISMA - adaptado do Manual da Joanna Briggs Institute (JBI, 2015)

## RESULTADOS

No estudo *“Women’s perception on Obstetric Violence”*, as mulheres entrevistadas evidenciam uma falta de informação acerca dos seus direitos enquanto parturientes. Após a análise das entrevistas e considerando o objeto de estudo, emergiram duas categorias: negligência na assistência e agressão verbal. A negligência na assistência relaciona-se com o descuido dos profissionais para com as parturientes e acompanhante e com a falta de informação sobre procedimentos e intervenções. A agressão verbal refere-se à verbalização de palavras com intenção de ridicularizar, humilhar, manipular e/ou ameaçar. Este tipo de violência, tal como acontece com a violência física, afeta significativamente a mulher, causando-lhe danos psicológicos irreparáveis.

Segundo Oliveira, Costa, Monte, Veras & Sá (2017, p.42), “as mulheres apontam como fator determinante para uma experiência de parto positiva a confiança e o carinho, a paciência e a calma por parte dos Profissionais de Saúde”.

No estudo, "*Obstetrical Violence under the look of users*", as mulheres sofrem com a falta de humanização durante o trabalho de parto. Para Silva, Lucena, Deininger, Monteiro & Moura (2016, p.4477), para que o parto humanizado seja efetivamente realizado "além de não se realizar procedimentos desnecessários, é preciso respeitar e aceitar as decisões da parturiente". O ato de parir que deveria ser um momento positivo para a mãe, transforma-se numa experiência negativa, na qual a maioria destas deseja esquecer. Surgem também neste estudo duas categorias: violência institucional, relacionada com a falta de infraestruturas hospitalares e má formação dos profissionais de saúde e invisibilidade da violência obstétrica, que diz respeito ao tratamento desrespeitoso, falta de humanização, realização de procedimentos desnecessários e o desrespeito dos direitos das mulheres.

Ambos os estudos consideram que, a falta de humanização durante o trabalho de parto e a desinformação das mulheres, torna-as mais vulneráveis à Violência Obstétrica, necessitando estas ser emponderadas para que reconheçam o que é desfavorável ao seu Trabalho de Parto e Parto. É importante que, os profissionais de saúde estabeleçam uma relação terapêutica com o casal, dando oportunidade à mulher de ser protagonista do seu Trabalho de Parto para que esta experiência seja única, positiva e gratificante.

## LIMITAÇÕES DOS ESTUDOS

Dado que não é objetivo de uma *Scoping Review* avaliar a qualidade metodológica dos estudos incluídos, torna-se importante mencionar algumas limitações deste trabalho de modo a fornecer informações para futuros estudos e revisões sistemáticas da literatura. Estas limitações estão relacionadas com: o reduzido número de bases de dados utilizadas na pesquisa, o pequeno tamanho da amostra nos dois estudos e o fato de se ter incluído apenas artigos publicados em Português, Inglês e Espanhol. Artigos publicados noutros idiomas também poderiam ter sido importantes para esta revisão.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o intuito de tornar o trabalho de parto e parto cada vez mais humanizado, é imperativo mudar atitudes, comportamentos e práticas dos profissionais de saúde. Torna-se relevante dar informação aos casais no período pré-concepcional e nos cursos de preparação para o Nascimento e Parentalidade, para que estes possam tomar as suas decisões informadas, tornando o momento do nascimento uma experiência única, mágica e gratificante.

A evidência científica demonstra que a Violência Obstétrica é pouco reconhecida como ato violento, pois no momento em que ela ocorre, as mulheres encontram-se mais vulneráveis, inseguras e com medo do desconhecido, vivenciando emoções que as fazem permanecer em silêncio. A falta de humanização durante o trabalho de parto, faz com que as mulheres não consigam reconhecer este tipo de violência, pois confiam e acreditam que os profissionais de saúde são detentores do conhecimento, aceitando que os procedimentos sejam realizados sem os questionar, pois têm medo de represálias.

Com este artigo, pretende-se dar visibilidade e alertar para esta problemática da Violência Obstétrica, que muitas vezes passa despercebida aos profissionais de saúde.

Torna-se imperativo realizar Formação sobre esta temática, sensibilizando os profissionais de saúde para a mudança das práticas na Sala de Partos e o *empowerment* dos casais.

Desejamos com este artigo, que os Profissionais de Saúde fiquem sensibilizados para a Humanização do Parto e da Excelência que é o Cuidar na Sala de Partos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrade, B. P. & Aggio, C. D. M. (2014). Violência obstétrica: a dor que cala. Anais do III Simpósio Gênero e Políticas Públicas, 1-7.
- Belli, L. F. (2013). La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. Revista Redbioética/UNESCO, 1(7), 25-34.
- Ciello, C., Carvalho, C., Kondo, C., Delage, D., Niy, D., Werner, L. & Santos, S. K. (2012). Violência Obstétrica: Parirás com Dor. Dossier elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência contra as Mulheres. Brasil. Acedido a 18/04/2017. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>
- Dias, R. L., Silva, A. A., Pereira, B. B., Pereira, J. D. S. C., de Azevedo, M. B., & da Costa Gomes, S. K. (2015). Violência obstétrica: perspectiva da enfermagem. Revista Rede de Cuidados em Saúde, 9(2), 1-4.
- Gradim, C. V. C., Rennó, G. M., Ribeiro, M. E., Pacheco, T. C. M. P & Salles, T. A. (2017). Violence in childbirth: integrative review. Journal of Nursing UFPE Online. Recife, 11(3), 1299-1308.

ICM - International Confederation of Midwives (2008). International Code of Ethics for Midwives. Disponível em: [www.internationalmidwives.org](http://www.internationalmidwives.org)

JBİ (2015). Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual: 2015 edition/ supplement. Methodology for JBİ Scoping Reviews. Australia: The Joana Briggs Institute.

Machado, M. A. (2014). Cómo parimos? de la violencia obstétrica al parto humanizado. Universidad de La República. Monografía. Montevideo. 1-31.

OE (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Lisboa: OE

Oliveira, T. R., Costa, R.E. O. L., Monte, N. L., Veras, J. M. M. F. & Sá, M. Í. M. R. (2017). Women's perception on obstetric violence. *Journal of Nursing UFPE*, 11(1), 40-46.

OMS – Organização Mundial da Saúde (2014). Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Acedido a: 16/05/2017. Disponível em [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO\\_RHR\\_14.23\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf)

Silva, R. L. V., Lucena, K. D. T., Deininger, L. D. S. C., Monteiro, A. C. C. & Moura, R. D. M. A. (2016). Obstetrical violence under the look of users. *Journal of Nursing UFPE on line*, 10(12), 4474-4480.

UNESCO (2006). Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Acedido a 14/04/2017. Disponível em <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf>



# Apêndice 12 – Poster sobre Violência Obstétrica no Trabalho de Parto apresentado nas Jornadas da Maternidade Alfredo da Costa

## A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO TRABALHO DE PARTO NA VISÃO DAS MULHERES

• **Marielys Lopes**, Enfermeira Licenciada, Mestranda em Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, e-mail: marielys@campus.unl.pt  
• **Isabel Serra**, Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, Docente do Departamento de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, e-mail: terra@nsl.pt  
• **Cecília Antilhães**, Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica na Maternidade Alfredo da Costa, e-mail: antilhaes1@gmail.com

### Introdução

A evidência científica demonstra que muitas mulheres sofrem restrições e imposições que causam desconforto e sofrimento ao longo do Trabalho de Parto, não identificando as mesmas como atos de Violência, assumindo atitudes de passividade e silêncio, com medo de represálias.

A Violência Obstétrica caracteriza-se por “imposições de intervenções que causem danos, ou comprometam a integridade física e psicológica da mulher, desrespeitando a sua autonomia” (Dias et al., 2015, p.1).

Esta é uma temática que precisa cada vez mais ser abordada para se poder modificar comportamentos e para que o Trabalho de Parto seja um momento agradável, sem danos físicos e psicológicos e para que a mulher possa experienciar e vivenciar o parto como um evento seguro, sem rotinas, que respeite o sentimentos e emoções da mulher.

### Objetivos

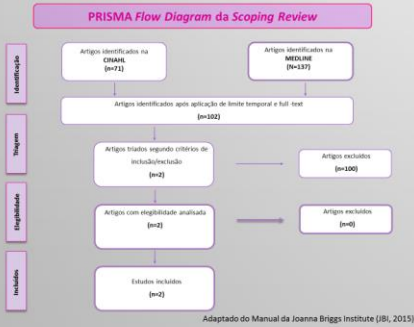
- Mapear a evidência científica no que diz respeito à Perspetiva das Mulheres sobre Violência Obstétrica no Trabalho de Parto;
- Refletir sobre a formação e práticas dos profissionais de saúde, no sentido de promover um parto humanizado e fisiológico.

### Metodologia

Privilegiando a prática baseada na evidência, foi realizada uma *Scoping Review*, segundo as orientações do *Joanna Briggs Institute* (2015). A questão de investigação norteadora da *Scoping Review* foi: “Quais as perspetivas das Mulheres sobre Violência Obstétrica no Trabalho de Parto?”.

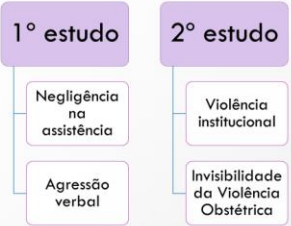


Foi utilizada a plataforma *EBSCOhost*, selecionando como bases de dados a *MEDLINE* e *CINAHL*. A mnemónica *PCC* corresponde aos critérios de inclusão.



Os dois artigos obtidos foram: “Women’s perception on obstetric violence” e “Obstetrical violence under the look of users”.

### Resultados



### Considerações dos Estudos:

- A falta de humanização durante o trabalho de parto e a desinformação das mulheres, torna-as mais vulneráveis à Violência Obstétrica;
- Para um parto humanizado, é preciso dar oportunidade à mulher de ser protagonista do seu parto;
- É importante que, os profissionais de saúde estabeleçam uma relação terapêutica com o casal para que a experiência de parto seja única, positiva e gratificante;
- As mulheres necessitam de ser empoderadas para que reconheçam o que é desfavorável ao seu Trabalho de Parto e Parto.

### Conclusão

A evidência científica demonstra que a Violência Obstétrica é pouco reconhecida como ato violento, pois no momento em que ela ocorre, as mulheres encontram-se mais vulneráveis, vivenciando emoções que as fazem silenciar.

A falta de humanização durante o trabalho de parto, faz com que as mulheres não consigam reconhecer este tipo de violência, pois confiam e acreditam que os profissionais de saúde são detentores do conhecimento, aceitando que os procedimentos sejam realizados sem os questionar.

No decorrer da observação na Sala de Partos e com conversas informais com as mulheres tem sido possível verificar esta evidência científica. Pretende-se com este poster que, os profissionais de saúde tomem consciência da humanização do Parto e da Excelência que é o Cuidar na Sala de Partos.

### Referências Bibliográficas

• JBI (2015). *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual: 2015 edition/ supplement. Methodology for JBI Scoping Reviews*. Australia: The Joanna Briggs Institute.

• Dias, R. L., Silva, A. A., Pereira, B. R., Pereira, I. D. S. C., de Almeida, M. R., & da Costa Gomes, S. K. (2015). Violência obstétrica: perspectiva da enfermagem. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 9(2), 1-4.

• Oliveira, T. R., Costa, O. L., Enyalyara, R., Monte, N. L., Silva, I. M. M. F. & Sá, M. I. M. R. (2017). Women's perception on obstetric violence. *Journal of Nursing UFPE*, 11(21), 40-46.

• Silva, R. L. V., Lucena, K. D. T., Domingos, L. D. S. C., Monteiro, A. C. C. & Moura, H. D. M. A. (2016). Obstetrical violence under the look of users. *Journal of Nursing UFPE on line*, 10(21), 4474-4480.



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA**

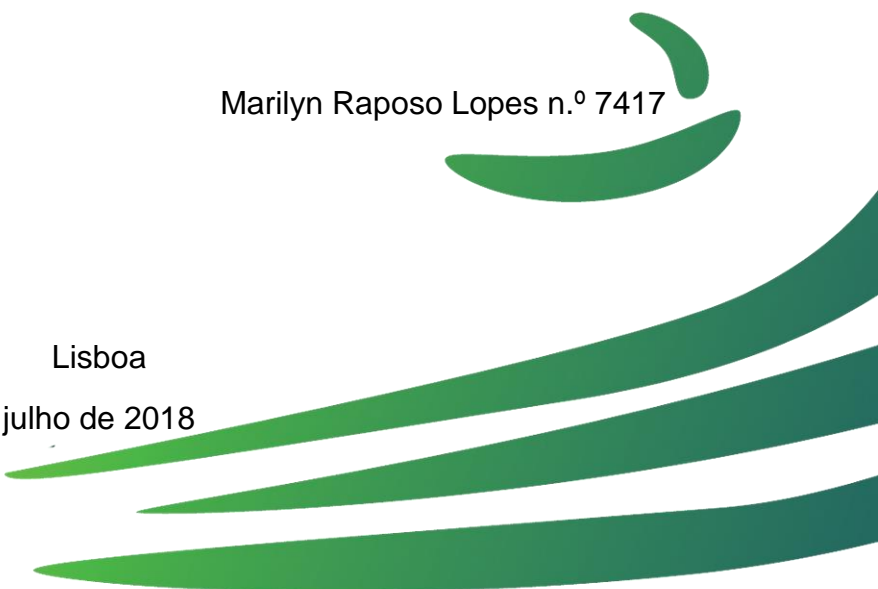
8º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Estágio com Relatório

# Jornal de Aprendizagem II

Marilyn Raposo Lopes n.º 7417

Lisboa  
julho de 2018





**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA**

8º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Estágio com Relatório

# Jornal de Aprendizagem II

**Discente**

Marilyn Raposo Lopes n.º 7417

**Docente**

Professora Isabel Serra

**Orientadora Clínica**

EEESMO Cecília Silvestre

Lisboa

julho de 2018

## **LISTA DE SIGLAS**

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

FCF – Frequência Cardíaca Fetal

IA – Índice de Apgar

IG – Idade Gestacional

IO – Índice Obstétrico

OMS – Organização Mundial de Saúde

RN – Recém-nascido

p. – página

No âmbito do Estágio com Relatório, foi proposto a elaboração deste Jornal de Aprendizagem, que tem como finalidade o desenvolvimento de práticas reflexivas ao longo do processo formativo enquanto futura EEESMO. A elaboração do mesmo obriga a uma reflexão profunda e crítica de uma situação vivenciada, tendo por base o ciclo reflexivo de Gibbs.

A situação que passo a descrever diz respeito a uma grávida, de 23 anos de idade, com nacionalidade Indiana e que ao nível da comunicação falava apenas um pouco de Inglês. Grupo sanguíneo: 0 Rh+, IO: 0000, IG: 39semanas+3dias, serologias negativas e Streptococcus do Grupo B desconhecido. Encontrava-se internada na Sala de Partos em fase ativa do Trabalho de Parto. Estava com monitorização cardiotocográfica externa, com FCF+/- 142bpm e dinâmica uterina irregular de média amplitude. Esta grávida não me estava atribuída, no entanto, fui acompanhando a evolução do trabalho de parto uma vez que, iria receber o RN assim que ocorresse o parto.

Por volta da meia-noite a grávida inicia esforços expulsivos, dirijo-me ao seu quarto pronta a receber o RN. Esta era incentivada a fazer força durante a contração, no entanto fazia tudo ao contrário contrariando aquilo que se lhe estava a pedir. A EEESMO que se encontrava a realizar o Parto tentou em Inglês explicar o que tinha de fazer, no entanto, esta continuava a não fazer aquilo que se lhe estava a pedir. Os esforços expulsivos realizados pela mulher mostraram-se ineficazes. De repente, outro EEESMO que se encontrava no quarto, sobe para cima de uma cadeira e começa a realizar a Manobra de Kristeller....fiquei “parada”, em choque e sem saber o que dizer...por mais que o meu interior me gritasse “fala, diz qualquer coisa”, não consegui emitir nem uma única palavra.

À 00h10 nasceu um RN do sexo Feminino com 2895gr, IA: 9/10, com uma circular cervical larga. Este foi colocado sobre o abdómen materno para realizar contato pele a pele. O cordão umbilical foi clampado após parar de pulsar. Estando o RN no abdómen materno, realizei uma observação física do mesmo, e após 40min foi pesado e administrada vitamina k. Regressou à mãe e foi amamentado na 1ª hora de vida.

Imagens sobre o que tinha sucedido voltam de novo a invadir a minha mente. Várias questões foram levantadas para mim mesma: O que falhou

naquele período expulsivo? Falta de comunicação? Não compreensão da parturiente sobre o que lhe estava a ser pedido? Porquê do EEESMO realizar aquela manobra? O que eu poderia ter feito? Senti-me bastante impotente perante esta situação, e sendo um tema tão importante para mim, resolvi realizar uma reflexão e elaborar este Jornal de Aprendizagem.

Relativamente à falha na comunicação, acho que o fato de a grávida não falar Português e muito pouco Inglês dificultou em muito a comunicação enfermeiro-utente. O estabelecer uma comunicação efetiva com a grávida permite construir uma relação terapêutica, “estabelecendo uma condução de trabalho de parto resolutive e não intervencionista” (Caron & Silva, 2002, p. 486). Para os mesmos autores, o estabelecimento de uma comunicação terapêutica ocorre quando se proporciona “conforto, apoio, confiança e segurança física e emocional, guiando a mulher no curso do trabalho de parto, permitindo e valorizando sua participação nesse processo, de forma a tornar o nascimento de seu filho uma experiência positiva” (Caron & Silva, 2002, p. 487).

Como futura EEESMO torna-se importante promover a participação da mulher no seu trabalho de parto, no sentido de eliminar as sensações de medo, dor, pânico que são referidas pelas parturientes. E isto só faz sentido, através de uma comunicação efetiva, que gera sentimentos de confiança e segurança nas mesmas. Segundo Caron & Silva (2002, p. 490), “as parturientes que não mantêm autocontrole sobre suas ações, provocam, nos profissionais, julgamentos e emissões de desaprovação”.

Para Franca, Figueiredo, Barboza, Souza & Zapponi (2014, p. 3), toda a equipa multiprofissional espera que, a parturiente “tenha um tipo de comportamento contido, racional e sem expressões de dor frente ao parto (...) quando as atitudes da parturiente fogem à expectativa do profissional, são mais propícios à violência simbólica e ao desrespeito aos seus direitos”.

Como refere Andrade & Aggio (2014, p. 6), a violência obstétrica pode mostrar-se de diferentes formas no trabalho de parto e parto, indo “desde a não explicação e solicitação de autorização para a realização de procedimentos, até a injúria verbal, exprimida por palavras ofensivas, visando impedir a mulher

de demonstrar o que estava sentindo no momento antecedente e durante a parturição”. A violência obstétrica é “um problema recorrente presente nas práticas da atenção destinada à mulher no parto, que envolve questões sociais, econômicas, de gênero, de raça e institucionais” (Dias, Silva, Pereira, Pereira, Azevedo & Gomes, 2015, p. 1).

A manobra de Kristeller, segundo Pereira, Silva, Borges, Ribeiro, Aurek & Souza (2016, p. 104), enquadra-se em violência obstétrica e consiste em realizar pressão sobre a porção superior do útero, com o intuito de fazer o bebê sair mais rápido, não permitindo o tempo fisiológico do parto. Para Diaz (2011, p. 83), este procedimento “consiste numa pressão no fundo uterino, sincronizado com as contrações uterinas, tentando colmatar esforços expulsivos maternos ineficazes”.

Porém, esta tentativa de agilizar o processo pode trazer prejuízo tanto para a mãe como para o seu RN. As complicações maternas passam por fratura de costelas ou descolamento da placenta; enquanto que o RN pode sofrer de traumas encefálicos (Pereira et al., 2016, p. 105). Segundo os mesmos autores, este procedimento é muitas vezes fruto da intolerância e impaciência dos profissionais da saúde.

Para Palma & Donelli (2017, p. 223), a manobra de kristeller constitui uma “violência de caráter físico não sendo recomendada pela OMS, no entanto sua prática é comum que além de causar dor e desconforto à parturiente, pode levar a problemas mais sérios”.

Eu como futura EEESMO poderia ter feito mais, no sentido de impedir a realização daquela manobra. Segundo Frello e Carraro (2010, p. 661), o cuidado de enfermagem é imprescindível nos momentos que “antecedem o parto e durante o nascimento do bebê já que o estado emocional da parturiente muitas vezes se mostra extremamente sensível e vulnerável às condições apresentadas pelo ambiente e pelas relações com as pessoas ao seu redor.”

Num futuro próximo, penso nunca mais me calar com estas situações de Violência Obstétrica, no entanto, o meu papel de aluna impediu-me de certa forma de o fazer, para não criar “atritos” com a equipa de Enfermagem. Por outro lado, as diversas situações que vão surgindo tornam-se numa oportunidade de crescimento pessoal e de desenvolvimento de competências

no estabelecimento de uma relação terapêutica e portanto, considero que esta foi mais uma das minhas aprendizagens ao longo deste Ensino Clínico.

A OMS (2014, p. 2), aponta que toda a mulher tem “direito a uma assistência digna e respeitosa, durante todo o período de gestação e parto, independentemente da classe social, ou nível educacional. Qualquer ato desrespeitoso, abuso ou maus tratos equivale a uma violação dos direitos fundamentais das mulheres”.

Considero que, respeitar a autonomia, a individualidade da parturiente são condições imprescindíveis para que ocorra um parto humanizado que é o que eu como boa profissional defenderei sempre. A ideia do parto humanizado consiste em “fazer com que o momento do parto, siga a ordem natural das coisas, obedecendo ao ritmo e às necessidades específicas do corpo de cada parturiente” (Dias et al., 2015, p. 2), no qual os profissionais de saúde interferem o mínimo possível e respeitam a fisiologia do parto.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrade, B. P., & Aggio, C. D. M. (2014). Violência obstétrica: a dor que cala. *Anais do III Simpósio Gênero e Políticas Públicas*. Londrina: Universidade Estadual de Londrina. 1-7.
- Caron, O. A. F., & Silva, I. A. (2002). Parturiente e equipe obstétrica: a difícil arte da comunicação. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(4), 485-492.
- Dias, R. L., Silva, A. A., Pereira, B. B., Pereira, J. D. S. C., de Azevedo, M. B., & Gomes, S. K. C. (2015). Violência obstétrica: perspectiva da enfermagem. *Revista Rede de Cuidados em Saúde*, 9(2), 1-4.
- Díaz, C. (2011). La Manobria de Krieteller: Revisión de las evidencias científica. *Matronas profesión*. 12 (3), 82-89.
- Franca, B. S. S., Figueiredo, J. D., Barboza, J. M., de Souza, D. C., & Zapponi, A. L. B. (2014). Violência institucional obstétrica no ambiente hospitalar. *Revista Rede de Cuidados em Saúde*, 8(2), 1-4.
- Frello, A. T.; Carraro, T. E. (2010). Componentes do cuidado de enfermagem no processo de parto. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 12(4), 660-668.
- Organização Mundial da Saúde (OMS, 2014). Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Genebra, Suíça: OMS, 1-4. Acedido a 26/03/18. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO\\_RHR\\_14.23\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf).
- Palma, C. F. & Donelli, T. M. S. (2017). Violência obstétrica em mulheres brasileiras. *Revista Psico*, Porto Alegre, 48(3), 216-230.
- Pereira, J. S., Silva, J. C. D. O., Borges, N. A., Ribeiro, M. D. M. G., Aurek, L. J., & Souza, J. H. K. D. (2016). Violência obstétrica: ofensa a dignidade humana. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*. 15(1). 103-108.

**Apêndice 14 – Tabela Critérios de Inclusão/Exclusão**

	<b>Critérios de Inclusão</b>	<b>Critérios de Exclusão</b>
<b>Desenho</b>	Estudos descritivos, exploratórios, quantitativos, qualitativos e revisões sistemáticas da literatura, publicados em Português, Inglês ou Espanhol  Texto integral disponível (full-text)  Limite temporal	Todos os que não cumpram os critérios de inclusão  Estudos repetidos nas bases de dados
<b>População</b>	Mulheres independentemente da faixa etária	
<b>Temática em Estudo</b>	Estudos que incluam a Perspetiva das Mulheres sobre Violência Obstétrica no Trabalho de Parto	Estudos fora do âmbito da temática
<b>Contexto</b>	Sala de Partos	Restantes locais de nascimento

**Apêndice 15 – Termos usados na pesquisa das diferentes bases de dados e conjugação dos descritores**

**MEDLINE**

Questão de Pesquisa	Termos de indexação	Palavra-chave	(MH:Women <b>OR</b> woman <b>OR</b> female)  <b>AND</b>  (obstetric violence <b>OR</b> violence against women <b>OR</b> mistreatment)  <b>AND</b>  (MH:Delivery rooms <b>OR</b> MH:Parturition <b>OR</b> delivery room <b>OR</b> labor <b>OR</b> delivery <b>OR</b> childbirth)
<b>P (População)</b>	<i>MH:Women</i>	<i>woman, female</i>	
<b>C (Conceito)</b>		<i>obstetric violence, violence against women, mistreatment</i>	
<b>C (contexto)</b>	<i>MH:Delivery rooms</i>  <i>MH:Parturition</i>	<i>delivery room, labor, delivery, childbirth</i>	

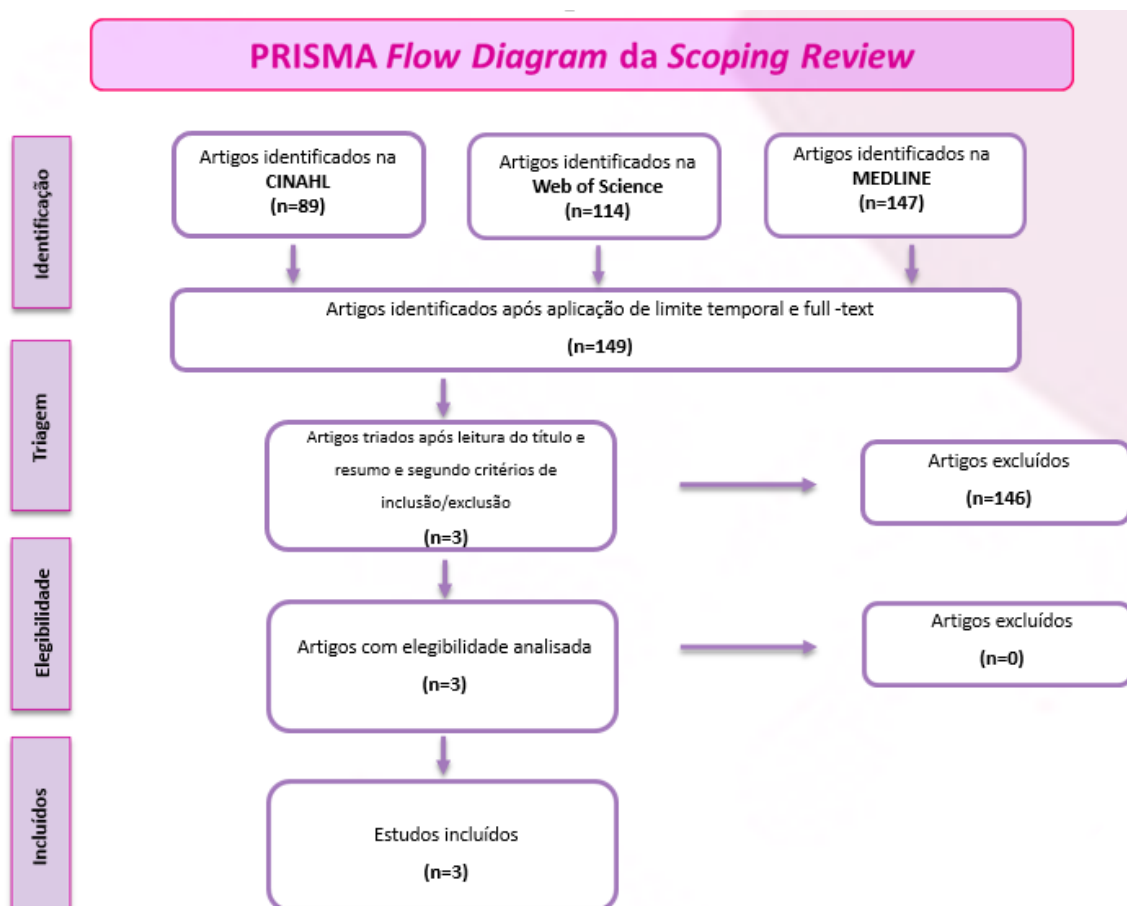
**CINAHL**

Questão de Pesquisa	Termos de indexação	Palavra-chave	(MH:Women <b>OR</b> MH:Female <b>OR</b> woman)  <b>AND</b>  (obstetric violence <b>OR</b> violence against women <b>OR</b> mistreatment <b>OR</b> violence in labor)  <b>AND</b>  (MH:Delivery rooms <b>OR</b> MH:Labor <b>OR</b> delivery room <b>OR</b> parturition <b>OR</b> delivery <b>OR</b> childbirth)
<b>P (População)</b>	<i>MH:Women</i> <i>MH:Female</i>	<i>woman</i>	
<b>C (Conceito)</b>		<i>obstetric violence, violence against women, mistreatment, violence in labor</i>	
<b>C (contexto)</b>	<i>MH: Delivery rooms</i>  <i>MH:Labor</i>	<i>delivery room, parturition, delivery, childbirth</i>	

**WEB OF SCIENCE**

Questão de Pesquisa	Termos Naturais	woman  <b>AND</b>  obstetric violence  <b>AND</b>  labor
<b>P (População)</b>	<i>woman</i>	
<b>C (Conceito)</b>	<i>obstetric violence</i>	
<b>C (contexto)</b>	<i>labor</i>	

## Apêndice 16 - Fluxograma da seleção dos artigos



Adaptado do Manual da Joanna Briggs Institute (JBI, 2015)

**Apêndice 17** – Tabela de análise e apresentação dos artigos selecionados  
para a *Scoping Review*

## Artigo 1 – *Women's perception on Obstetric Violence*

<b>Autor, Ano da Publicação e Fonte</b>	Tayse Ribeiro de Oliveira, Roxanny Enollyara Oliveira Lira Costa, Nadiana Lima Monte, Juscélia Maria de Moura Feitosa Veras, Maria Íris Mendes da Rocha Sá.  Janeiro 2017; Journal of Nursing UFPE
<b>País, Contexto, Faixa etária e Amostra</b>	Realizado a 20 mulheres de uma Maternidade pública em Teresina (Brasil).  A faixa etária das participantes variou de 15 a 49 anos; com predomínio em donas de casa (12), união estável (13), com baixos rendimentos (14) e ensino secundário (10).  A maioria das participantes (13) teve parto eutócico.
<b>Tipo de Estudo</b>	Estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa.
<b>Objetivo do Estudo</b>	Caracterizar a violência obstétrica vivenciada pelas mulheres durante o trabalho de parto.
<b>Metodologia</b>	A pesquisa centrou-se na temática “Percepção das Mulheres sobre Violência Obstétrica”.  <u>Critérios de Inclusão</u> : mulheres que foram atendidas naquela maternidade e assinaram o termo de Consentimento Livre e Esclarecido. <u>Critérios de Exclusão</u> : mulheres que permaneceram na sala pré-parto, internamento de grávidas e que apresentassem qualquer alteração fisiológica e psicológica que inviabilizasse a sua participação.  Os dados foram recolhidos através de entrevistas gravadas, transcritas na íntegra e por intermédio da técnica do grupo focal.  A colheita de dados foi realizada no mês de Março de 2016, com auxílio de um gravador, autorização da instituição e consentimento das mulheres.
<b>Análise dos Resultados</b>	As mulheres entrevistadas evidenciam uma falta de informação acerca dos seus direitos enquanto parturientes.  Após a análise das entrevistas e considerando o objeto de estudo, emergiram duas categorias: “negligência na assistência” e “agressão verbal”.  A negligência trata-se do descuido dos profissionais para com as parturientes, indo desde a falta de informações necessárias até a privação de assistência. Todas as mulheres têm o direito a receber informações sobre os procedimentos a realizar, de modo claro, respeitoso e compreensível.  A violência verbal refere-se ao tratamento rude, ameaças, gritos, humilhação e abuso verbal. Este tipo de violência, tal como acontece com a violência física, afeta significativamente a mulher, causando-lhe danos psicológicos irreparáveis. A comunicação deve ser considerada como competência interpessoal a ser adquirida pelo profissional de saúde que, ao usá-la de modo terapêutico, poderá atender a utente em todas as suas dimensões.  As mulheres apontam como fator determinante para uma experiência de parto positiva a confiança e o carinho, a paciência e calma por parte dos profissionais de saúde.
<b>Conclusões do Autor com Implicações para a Prática</b>	A violência foi caracterizada de diversas formas, envolvendo desde a negligência na assistência, a negativa de direitos (como o de ter acompanhante durante todo o trabalho de parto) e informações esclarecedoras de diagnóstico, até as agressões verbais na hora do parto.  A violência obstétrica é pouco reconhecida como ato violento, pois no momento em que

ela ocorre, as mulheres encontram-se mais vulneráveis, que as fazem calar, sendo importante abordar os direitos da mulher durante a gravidez, parto e pós-parto.

Torna-se evidente, a necessidade de implementar estratégias para aumentar a segurança, um atendimento humanizado, aumentando a satisfação das mulheres, nas maternidades e hospitais, com o intuito de que os atendimentos nesses locais possam ser uma experiência gratificante para as parturientes.

O estudo pretende suscitar reflexões sobre a humanização do trabalho de parto, bem como a necessidade de que os profissionais de saúde sintam, vivam o cuidado humanizado e tomem consciência do importante papel que desempenham na assistência à mulher.

## Artigo 2 – *Obstetrical Violence under the look of users*

<b>Autor, Ano da Publicação e Fonte</b>	Raissa Lins Vieira da Silva, Kerle Dayana Tavares de Lucena, Layza de Sousa Chaves Deininger, Viña-Del-Mar da Silva Martins, Alisson Cleiton Cunha Monteiro, Rafaela de Melo Araújo Moura  Dezembro 2016; Journal of Nursing UFPE
<b>País, Contexto, Faixa etária e Amostra</b>	Realizado a 8 mulheres, numa Maternidade de referência de João Pessoa (Brasil).  A faixa etária das participantes variou entre 18 e 43 anos.
<b>Tipo de Estudo</b>	Estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa
<b>Objetivo do Estudo</b>	Investigar o conhecimento das mulheres acerca da violência obstétrica
<b>Metodologia</b>	<u>Critérios de Inclusão</u> : mulheres maiores de 18 anos, que tivessem parido na maternidade. <u>Critérios de Exclusão</u> : primíparas menores de 18 anos.  A recolha de dados foi feita no mês de abril de 2016, através de entrevista semiestruturada. Todas as mulheres entrevistadas relataram ter sofrido violência.
<b>Análise dos Resultados</b>	As mulheres sofrem com a falta de humanização durante o trabalho de parto. O ato de parir que deveria ser um momento positivo para a mãe, transforma-se numa experiência negativa, na qual a maioria destas deseja esquecer.  Após a análise dos dados colhidos surgiram 2 subcategorias: “violência institucional” – falta de infraestruturas hospitalares e “invisibilidade da violência obstétrica” – tratamento desrespeitoso, falta de humanização e a realização de procedimentos desnecessários.
<b>Conclusões do Autor com Implicações para a Prática</b>	É fundamental que haja mais divulgação acerca da temática, para que as mulheres tomem conhecimento sobre os seus direitos sexuais e reprodutivos, dando-lhes autoridade para que possam exigir melhor assistência tornando-as ativas nas decisões que dizem respeito ao seu corpo, assim como, é fundamental preparar os profissionais de saúde, para que estes tenham sensibilidade e um olhar humanizado para com as mulheres.  Permitiu o debate acerca da violência obstétrica, que muitas vezes está invisível para os profissionais de saúde, pelo fato de não possuírem qualificações necessárias para lidar com as questões de género.  Existem muitas mulheres que sofrem com a falta de humanização durante o trabalho de parto, estas muitas vezes não conseguem reconhecer este tipo de violência, pois confiam e acreditam que os profissionais de saúde são detentores do conhecimento, aceitando que os procedimentos sejam realizados sem questionar, sofrendo em silêncio.  É importante realizar uma revisão dos conceitos de parto humanizado pelos profissionais de saúde, visto que muitos dos direitos das mulheres são violados. As instituições hospitalares devem ver a mulher como um todo.



Artigo 3 – *Discussing Obstetric Violence through the voice of women and Health Professionals*

<b>Autor, Ano da Publicação e Fonte</b>	Virgínia Junqueira Oliveira; Cláudia Maria de Mattos Penna Julho de 2017; Revista Texto e Contexto - Enfermagem
<b>País, Contexto, Faixa etária e Amostra</b>	Realizado a 36 mulheres, em 7 Maternidades da Região Centro-Oeste de Minas Gerais (Brasil). A faixa etária das participantes variou entre 15 e 45 anos.  Foi um estudo também realizado a EEESMO e Obstetras, no entanto os resultados destes não serão analisados, dado não estarem de acordo com a temática em estudo.
<b>Tipo de Estudo</b>	Estudo interpretativo com abordagem qualitativa
<b>Objetivo do Estudo</b>	Analisar os discursos das mulheres sobre a assistência ao parto, considerando as situações vividas durante o Trabalho de Parto e Parto
<b>Metodologia</b>	A metodologia utilizada foi a Análise do Discurso, segundo a perspectiva de Foucault  <u>Critérios de Inclusão</u> : ter sido parturiente em uma das maternidades deste estudo; ter tido parto eutócico ou cesariana; estar no puerpério e ter idade entre 15 e 45 anos.  A colheita dos dados foi feita através de entrevista semiestruturada e ocorreu entre setembro de 2014 a março de 2015.
<b>Análise dos Resultados</b>	Os dados foram organizados por categorias, sendo a relacionada com as mulheres: “Aqui a gente não tem voz”, onde esta identificam a presença de violência obstétrica, no entanto, estas consentem que, na presença do nascimento, esquecem a forma da assistência recebida (violência consentida).  As mulheres referem dificuldades em se fazer ouvir num momento de dor e vulnerabilidade como é o momento do parto (negligência dos direitos). Mulheres que apresentem plano de parto passam a ser rotuladas. Mesmo reconhecendo as situações de violência, estas consideram que o momento do parto é mais gratificante, fazendo-as esquecer as situações negativas.  Posteriormente e após algum tempo, as mulheres percebem a situação vivenciada, afirmando que numa situação de desrespeito, não iriam permitir que a mesma voltasse a acontecer.
<b>Conclusões do Autor com Implicações para a Prática</b>	O tratamento hostil constitui um dos obstáculos à humanização da assistência ao parto, interferindo na escolha da via de parto, sendo necessário rever o conceito de violência obstétrica, considerando todas as suas especificidades e nuances.  Implicações para a prática: dar visibilidade ao problema da violência obstétrica; possibilitar a discussão política pública e permitir a reflexão dos profissionais de saúde envolvidos no cuidado ao parto e na melhoria da qualidade dos cuidados.

Artigo 4 – *Discussing Obstetric Violence through the voice of women and Health Professionals*

<b>Autor, Ano da Publicação e Fonte</b>	Márcia Regina Cangini Fabbro, Geovânia Pereira dos Reis Machado Julho de 2017; Revista Eletrônica Atas – Investigação Qualitativa em Saúde
<b>País, Contexto, Faixa etária e Amostra</b>	Realizado a 9 mulheres, no Estado de São Paulo (Brasil)
<b>Tipo de Estudo</b>	Estudo qualitativo
<b>Objetivo do Estudo</b>	Compreender à luz da perspectiva de gênero e direitos reprodutivos a prática da Violência Obstétrica
<b>Metodologia</b>	<p>Baseada numa Metodologia Comunicativa Crítica. O relato comunicativo e o nível básico de análise foram os instrumentos de colheita e análise de dados.</p> <p>5 etapas de pesquisa: 1 – aproximação com as mulheres; 2 – elaboração de um cartaz explicativo sobre VO; 3 – elaboração do roteiro do relato comunicativo; 4 – entrevistas em locais definidos pelas mulheres; 5 – análise e transcrição dos relatos.</p> <p><u>Critérios de inclusão:</u> mulheres maiores de 18anos, que haviam passado pela experiência de gravidez, parto, pós-parto e amamentação.</p>
<b>Análise dos Resultados</b>	Os relatos apontam que os elementos excludores mais citados foram: maus tratos e frustração, falta de orientação profissional, insatisfação com o serviço, procedimentos inadequados no parto, falta de apoio na amamentação, privação do acompanyante, discriminação de classe e raça.
<b>Conclusões do Autor com Implicações para a Prática</b>	<p>Os relatos anunciam e denunciam a violência obstétrica na rede pública de saúde e a violação dos direitos humanos.</p> <p>O sistema encontra-se “contaminado” por normas e rotinas, os quais são realizados sem discussão prévia ou consentimento informado da mulher. Esta pesquisa permitiu denunciar e reivindicar os direitos das mulheres.</p>

## Apêndice 18 – Registos de Interação + Observações

<b>Registo de Interação (1)</b> <b>Estágio com Relatório, Turno: 15h30h - 23h</b>
<p><b>Avaliação inicial:</b></p> <p>Nome fictício: DL; Idade: 31 anos; Grupo sanguíneo: A Rh+</p> <p>Grau de escolaridade: Licenciatura. Profissão: Jurista.</p> <p>IO: 1001 (CST anterior em 2015 por sofrimento fetal – RN do sexo feminino com 3200Kg). IG: 40s + 4d</p> <p>Gravidez Vigida no Centro de Saúde da sua área de Residência. Serologias negativas e Streptococcus do grupo B negativo.</p> <p>Acompanhada pela mãe durante o TP, uma vez que o marido se encontrava com a filha do casal. Não frequentou curso de preparação para o nascimento e parentalidade.</p> <p>Antecedentes Pessoais: Não relevantes. Internada com diagnóstico de início do trabalho de parto.</p>
<p><b>Descrição da situação:</b></p> <p>Encontrava-se no 1º estágio do TP em fase ativa. Tinha realizado Analgesia Epidural no turno anterior. Como era uma grávida bastante acessível, já tínhamos estabelecido uma relação empática e como nesse momento estava sozinha porque o marido tinha ido jantar, resolvi abordar o tema da VO, esta referiu que já tinha ouvido falar e disse: <i>“é quando dizem aquelas frases de na hora de fazer não gritou, quando tratam mal a grávida e gritam conosco, e quando não explicam as coisas que nos vão fazer não é enfermeira?”</i> (sic). Ou seja, esta mulher identificou situações de VO, no entanto diz desconhecer que se chamasse por esse nome. Até ao momento, diz que está a ser bem tratada e que não considera ter sofrido de VO.</p> <p>Falamos também sobre o parto anterior, tendo considerado que não se apercebeu se situações de VO, porque também não estava desperta para tal. Só pensava no nascimento daquele seu primeiro bebé.</p> <p>Por volta das 22h, foi decidido parto distócico com ventosa, a qual ficou muito aflita procurando com o olhar alguma resposta, alguma explicação, no entanto os médicos saíram do quarto e não deram uma explicação à parturiente. Aproximei-me dela e expliquei a situação. Já no 4º estágio pude conversar novamente com a puérpera e perguntar como tinha sido então o seu parto, tendo respondido que “não tinha sido o idealizado”(sic) e que como tava desperta para aquilo que tínhamos falado, virou-se para mim e disse “Enfª fui vítima de VO” (sic). Perguntei porquê? Ela simplesmente respondeu: “Então não viu que não me foram explicadas as coisas? Se não fosse você eu ainda estaria sem saber o que me iria acontecer” (sic).</p> <p>Esta mulher agradeceu muito o meu apoio e que tinha gostado muito de falar comigo e que tinha aprendido coisas novas, palavras que foram muito gratificantes para mim.</p>

<p align="center"><b>Registo de Interação (2)</b></p> <p align="center"><b>Estágio com Relatório, Turno: 15h30 – 23h</b></p>
<p><b>Avaliação inicial:</b></p> <p>Nome fictício: SN; Idade: 37 anos; Grupo sanguíneo: B Rh+</p> <p>Grau de escolaridade: Licenciatura. Profissão: Gestão e Relações Empresariais.</p> <p>IO: 0000 IG: 40s + 2d</p> <p>Gravidez Viglada no Hospital da Luz. Serologias negativas e Streptococcus do Grupo B negativo.</p> <p>Acompanhada pelo marido durante o TP. Frequentou o curso de preparação para o nascimento e parentalidade.</p> <p>Antecedentes Pessoais: Não relevantes. Internada com diagnóstico de início do trabalho de parto. Encontrava-se no 1º estágio do TP em fase ativa. Tinha realizado Analgesia Epidural no turno anterior.</p>
<p><b>Descrição da situação:</b></p> <p>Aproveitei o fato de ter frequentado o CPNP e por considerar que nos mesmos devem ser abordadas temáticas como a VO e direitos das mulheres na gravidez e parto, questionei a parturiente se conhecia o termo VO, se sabia ao que se referia e se tinha abordado o conceito no CPNP.</p> <p>Esta referiu que não tinham falado nisso no curso, no entanto, ela já tinha lido na Internet sobre o tema e que não lhe era de todo desconhecido. Refere que sabe que no turno anterior sofreu de VO, porque uma médica ao realizar o toque vaginal foi muito bruta e não lhe pediu autorização para o realizar, no entanto ela diz que <i>“já esqueceu a situação porque o que quer é que o bebé nasça bem e se calhar ela tinha de fazer aquilo”</i>.</p> <p>Questionei-a porque não tinha reportado essa situação. Ela disse <i>“não vale a pena porque os “grandes” são sempre bem das situações”</i>.</p>

<p align="center"><b>Registo de Interação (3)</b></p> <p align="center"><b>Estágio com Relatório, Turno: 8h – 16h</b></p>
<p><b>Avaliação inicial:</b></p> <p>Nome fictício: TN; Idade: 25 anos; Grupo sanguíneo: O Rh+</p> <p>Grau de escolaridade: 12ºano. Profissão: Desempregada.</p> <p>IO: 1001 (CST anterior no Brasil por apresentar uma circular em 2012 – RN do sexo feminino com 3030Kg). IG: 40s + 6d</p> <p>Gravidez Viglada no Centro de Saúde da sua área de residência. Serologias negativas e Streptococcus do Grupo B negativo.</p> <p>Acompanhada pelo marido durante o TP. Não frequentou o CPNP.</p> <p>Antecedentes Pessoais: Não relevantes. Internada com diagnóstico de início do trabalho de parto. Encontrava-se no 1º estágio do TP em fase ativa. Tinha realizado Analgesia Epidural no turno anterior.</p>

**Descrição da situação:**

De acordo com a evidência científica, no Brasil as mulheres sofrem muito de Violência Obstétrica, aproveitei então estar a prestar cuidados a uma parturiente Brasileira e questionei-a sobre a experiência de parto anterior e sobre as situações de VO no Brasil.

Começou por contar que no Brasil a maioria das suas amigas já tinham passado por VO, e que elas sabem da existência de VO mas calam-se por medo. *“Então elas lá são colocadas no corredor, não há respeito pela privacidade, tratam de forma agressiva, e gritam com elas se não fizerem o que lhes mandam. Eu quando tive a minha bebé marcaram o dia da minha cesariana na data que o médico quis e quando podia. A bebé tinha uma circular no pescoço e tinham de fazer cesariana. Não me explicaram nada, mas eu aceitei porque tive medo que a bebé morresse”* (sic).

Era um relato impressionante aquele que eu estava ouvir e por isso aproveitei tudo aquilo que a parturiente me transmitiu. Continuou a dizer que no Hospital Público é muito pior que no Hospital Privado, que não há condições, materiais e espaço físico velhos e que como é muita gente não tem capacidade para prestar cuidados a todas.

**Registo de Interação (4)****Estágio com Relatório, Turno: 15h30 – 23h****Avaliação inicial:**

Nome fictício: AC; Idade: 25 anos; Grupo sanguíneo: A Rh+

Grau de escolaridade: 9ºano. Profissão: Empregada de Balcão

IO: 0000 IG: 38s + 1d

Gravidez Vigida no Centro de Saúde da sua área de Residência. Serologias negativas e Streptococcus do grupo B negativo.

Acompanhada pelo marido durante o TP. Não frequentou CPNP

Sem Antecedentes Pessoais relevantes.

Internada com diagnóstico de Início do Trabalho de Parto.

Manifestou desejo de realizar Analgesia Epidural no turno anterior.

**Descrição da situação:**

Grávida bastante queixosa (Dor=7 na Escala numérica), contatada Anestesia para realizar o procedimento. Nesse momento, tive que me ausentar para realizar o acolhimento a outra grávida, tendo ficado outro EEESMO a realizar o procedimento junto da Anestesista.

Posteriormente, quando fui ver como se encontrava e se já tinha melhorado das dores, encontro a grávida a chorar compulsivamente. Pedi que me contasse o que tinha sucedido e esta mostrou-se renitente porque tinha medo que lhe acontecesse alguma coisa se falasse. Expliquei que não, que poderia confiar em mim e então esta referiu que quando a Anestesista chegou ao quarto, ela simplesmente lhe pediu para que lhe tirasse as dores e que esta tinha respondido: “Você pensa que é fácil ter um filho? As dores são para aguantar, senão não tivesse feito a criança” (sic).

Esta ficou bastante assustada com aquela médica que até me pediu “Por favor não

deixa que ela me faça o Parto” (sic), tendo-lhe explicado que ela era apenas Anestesista e que seria eu que iria estar com ela e possivelmente realizar o Parto, a qual deu um grande sorriso e disse: “ainda bem, confio em si” (sic).

Esta mulher nem se apercebeu que sofreu de Violência Obstétrica Verbal por parte de um Profissional de saúde, nomeadamente Médico. Ficou com muito medo daquilo que poderia acontecer, que nem sequer queria falar no assunto. Só com muita insistência minha e porque eu tinha estado a acompanhá-la é que falou.

### **Observações realizadas no contexto de SP**

Foram várias as situações de VO observadas por mim ao longo destes meses que realizei o EC Estágio com Relatório. Vou referir algumas delas, sendo que nem todas foram experiências negativas:

- ✓ Anestesista a realizar a Analgesia Epidural sem explicar em que consiste o procedimento e dar o Consentimento Informado só no final da realização da técnica e dizer “assine aqui” (sic), sem mais nenhuma explicação;
- ✓ Vários Médicos Internos a realizar o toque vaginal à parturiente e posteriormente sair sem dizer nada e deixar a parturiente descomposta;
- ✓ EEESMO realizar o procedimento do toque vaginal com um lençol por cima das pernas da parturiente, respeitando a sua intimidade e privacidade;
- ✓ EEESMO realizar várias vezes a manobra de Kristeller e o fato de a mulher agradecer por tê-la feito e ter ajudado o seu bebé a nascer;
- ✓ Não ser pedido consentimento informado para a realização de procedimentos, tanto pela equipa médica como pelos EEESMO;
- ✓ Equipa médica ao realizar a observação obstétrica coloca um lençol por cima das pernas da parturiente;
- ✓ Violência verbal por parte da equipa médica, mandando calar muitas vezes as mulheres.

## Apêndice 19 – Tabela da Análise de Conteúdo

Tema	Categorias	Sub-categorias	Unidades de contexto
<b>Perspetiva das mulheres sobre Violência Obstétrica no Trabalho de Parto</b>	Violência Institucional no Trabalho de Parto	Falta de humanização no TP	<i>“uma médica ao realizar o toque vaginal foi muito bruta (...)” (RI 2)</i>
		Abuso de poder	<i>“não vale a pena porque os “grandes” são sempre bem das situações” (RI 2)</i>
		Falta de infraestruturas hospitalares	<i>“ são colocadas no corredor (...)” (RI 3)</i>
		Medicalização do parto	<i>“(...) marcaram o dia da minha cesariana na data que o médico quis e quando podia” (RI 3)</i>
	Negligência na assistência	Falta de consentimento informado	<i>“(...) não lhe pediu autorização para o realizar” (RI 2)</i>
		Privação de informações	<i>“quando não explicam as coisas que nos vão fazer” (RI 1)</i>
			<i>“não me foram explicadas as coisas” (RI 1)</i> <i>“não me explicaram nada (...)” (RI 3)</i>
	Invisibilidade da Violência Obstétrica	Violência verbal	<i>“ quando dizem aquelas frases de na hora de fazer não gritou (...)” (RI 1)</i> <i>“Você pensa que é fácil ter um filho? As dores são para aguantar, senão não tivesse feito a criança” (RI 4)</i> <i>“(...) gritam com elas se não fizerem o que lhes mandam” (RI 3)</i>
		Violência consentida	<i>“(...) esqueceu a situação porque o que quer é que o bebé nasça bem e se calhar ela tinha de fazer aquilo” (RI 2)</i> <i>“(...) mas eu aceitei porque tive medo que a bebé morresse” (RI 3)</i>
		Tratamento desrespeitoso	<i>“quando tratam mal a grávida” (RI 1)</i> <i>“(...)tratam de forma agressiva (...)” (RI 3)</i>
		Desrespeito dos direitos das mulheres	<i>“(...) não há respeito pela privacidade (...)” (RI 3)</i>